



**RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO –  
COMPORTAMENTO AGRESSIVO COMO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO**

**Nome Paciente:**

**Data de Nascimento:**

**CID:**

**Medidas Antropométricas:**

- Peso: \_\_\_\_\_

- Circunferência abdominal: \_\_\_\_\_

- Altura: \_\_\_\_\_

- Circunferência do quadril: \_\_\_\_\_

**Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em três datas diferentes:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

**Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas do paciente.**

**HISTÓRICO DO PACIENTE E FAMILIAR**

**Obesidade:** ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não

**Diabete melito:** ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não

**Dislipidemia:** ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não

**Hipertensão arterial:** ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não

**Doença cardiovascular:** ( ) Paciente ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avôs Maternos ( ) Avôs Paternos ( ) Não

**Prévia de síndrome neuroléptica maligna?** ( ) Sim ( ) Não

**Distonia ou discinesia?** ( ) Sim ( ) Não

**Tentativa ou risco de suicídio?** ( ) Sim ( ) Não

**Outras comorbidades?** \_\_\_\_\_

**Realizou intervenção não farmacológica anteriormente:** ( ) Sim ( ) Não

**Quais?** \_\_\_\_\_

**Houve baixa resposta ou não adesão às intervenções não farmacológicas anteriores?** ( ) Sim ( ) Não

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO