

REG:536 Exe:1
(Arq:A2 Gav:G4 Pasta:)
Questionário saúde e nutrição; para todos os
moradores - PNSN 1 02 -

PESQUISA NACIONAL SOBRE SAÚDE E NUTRIÇÃO				1	2	3	4	5	6	7			
PNSN 1 02 — QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO				1	2	3	4	5	6	7			
PARA TODOS OS MORADORES				1	2	3	4	5	6	7			
5				NOME DO MORADOR				SEXO 1 <input type="checkbox"/> H 3 <input type="checkbox"/> M		IDADE EM MESES		IDADE EM ANOS	
01 APRESENTOU ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS OU SINAIS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?								09 NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, FALTOU AO TRABALHO OU A ESCOLA OU DEIXOU DE REALIZAR QUAISQUER DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR MOTIVO DE SAÚDE?					
Sintoma ou sinal		Nas últimas 2 semanas?		Continua hoje?		Procurou atendimento por causa deste sintoma?		1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 10) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)					
1 - Febre		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não							
2 - Dor de garganta e/ou Dor de ouvido		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		10 QUANTOS DIAS DEIXOU DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?					
3 - Falta de apetite		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		_____ Dias					
4 - Problema dentário		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		11 FICOU ACAMADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?					
5 - Dor de cabeça		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim (siga 12) 4 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)					
6 - Dor de barriga		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		12 QUANTOS DIAS FICOU ACAMADO?					
7 - Vômitos repetidos		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		_____ Dias					
8 - Diarréia		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		13 PROCUROU ATENDIMENTO DE SAÚDE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?					
9 - Inchaço		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 14) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)					
10 - Problemas respiratórios		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		14 QUE TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCUROU?					
11 - Ferimento e/ou Queimadura		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Farmácia } (passe ao 18) 5 <input type="checkbox"/> Pronto-socorro } 2 <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular } 6 <input type="checkbox"/> Hospital } 3 <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde } (siga 15) 7 <input type="checkbox"/> Outro } 4 <input type="checkbox"/> Clínica ou posto de assistência } 8 <input type="checkbox"/> Não sabe } (siga 15)					
12 - Perda de sangue		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		15 ESTE ESTABELECIMENTO É PÚBLICO OU PARTICULAR?					
13 - Perda de sono e/ou Cansaço fácil		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Público 4 <input type="checkbox"/> Particular 6 <input type="checkbox"/> Não sabe					
14 - Nervosismo e/ou Depressão		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		16 FOI ATENDIDO?					
15 - Problemas de pressão arterial		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 17) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)					
PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS PASSE AO QUESITO 8													
02 SENTIU ALGUMA VEZ QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA OU PARAR DE BEBER?		1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não (siga 3)		5 <input type="checkbox"/> Não bebe (passe ao 6)									
03 AS PESSOAS CRITICAM O SEU MODO DE BEBER?		2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não									
04 SENTE-SE ABORRECIDO CONSIGO MESMO PELA MANEIRA COMO COSTUMA BEBER?		1 <input type="checkbox"/> Sim		3 <input type="checkbox"/> Não									
05 COSTUMA BEBER PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU A RESSACA?		2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não									
06 FUMA:		1 <input type="checkbox"/> Cigarro } (siga 7) 7 <input type="checkbox"/> Não fuma (passe ao 8) 3 <input type="checkbox"/> Cachimbo } 5 <input type="checkbox"/> Charuto }											
07 FUMA QUANTAS VEZES POR DIA?		_____ Vezes											
08 APRESENTA ALGUMA DAS SEGUINTE S CONDIÇÕES?													
Condição		Presença											
1 - Cegueira		1 <input type="checkbox"/> Parcial		3 <input type="checkbox"/> Total		5 <input type="checkbox"/> Não tem							
2 - Surdez		2 <input type="checkbox"/> Parcial		4 <input type="checkbox"/> Total		6 <input type="checkbox"/> Não tem							
3 - Paralisia		1 <input type="checkbox"/> Parcial		3 <input type="checkbox"/> Total		5 <input type="checkbox"/> Não tem							
4 - Falta de algum membro ou parte do mesmo		2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não									
5 - Dificuldade de aprender ou de entender as coisas		1 <input type="checkbox"/> Sim		3 <input type="checkbox"/> Não									
6 - Doença mental		2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não									
7 - Retardamento		1 <input type="checkbox"/> Sim		3 <input type="checkbox"/> Não									
8 - Considera-se		2 <input type="checkbox"/> Gordo		4 <input type="checkbox"/> Magro		6 <input type="checkbox"/> Peso normal							
21 POSIÇÃO DA PESSOA AO MEDIR O COMPRIMENTO OU A ALTURA:				PARA AS CRIANÇAS DE 24 A 35 MESES FAZER AS DUAS MEDIÇÕES									
				2 <input type="checkbox"/> Só deitada		4 <input type="checkbox"/> Deitada e em pé		6 <input type="checkbox"/> Só em pé					
22 COMPRIMENTO ATUAL REGISTRADO:				23 ALTURA ATUAL REGISTRADA:									
_____, ____ Centímetros				_____, ____ Centímetros									
24 PESO ATUAL REGISTRADO:													
CRIANÇAS COM MENOS DE 24 MESES, PESAR COMPLETAMENTE DESPIDAS													
_____, ____ Quilogramas													
25 DATA DA MEDIÇÃO:				26 HORA ATUAL:									
____ Dia ____ Mês				____ Horas ____ Minutos									

5	N.º DE ORDEM	NOME DO MORADOR			SEXO	IDADE EM MESES	IDADE EM ANOS
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> H 3 <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
01	APRESENTOU ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS OU SINAIS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?			09 NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, FALTOU AO TRABALHO OU A ESCOLA OU DEIXOU DE REALIZAR QUAISQUER DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR MOTIVO DE SAÚDE?			
	Sintoma ou sinal	Nas últimas 2 semanas?	Continua hoje?	Procurou atendimento por causa deste sintoma?	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 10) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)		
	1 - Febre	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	2 - Dor de garganta e/ou Dor de ouvido	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	10 QUANTOS DIAS DEIXOU DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	3 - Falta de apetite	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> Dias		
	4 - Problema dentário	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	11 FICOU ACAMADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	5 - Dor de cabeça	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim (siga 12) 4 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)		
	6 - Dor de barriga	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	12 QUANTOS DIAS FICOU ACAMADO?		
	7 - Vômitos repetidos	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> Dias		
	8 - Diarréia	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	13 PROCUROU ATENDIMENTO DE SAÚDE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	9 - Inchaço	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 14) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)		
	10 - Problemas respiratórios	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	14 QUE TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCUROU?		
	11 - Ferimento e/ou Queimadura	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Farmácia 5 <input type="checkbox"/> Pronto-socorro 2 <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular 6 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde 7 <input type="checkbox"/> Outro 4 <input type="checkbox"/> Clínica ou posto de assistência 8 <input type="checkbox"/> Não sabe		
	12 - Perda de sangue	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	(passe ao 18) (siga 15)		
	13 - Perda de sono e/ou Cansaço fácil	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	15 ESTE ESTABELECIMENTO É PÚBLICO OU PARTICULAR?		
	14 - Nervosismo e/ou Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Público 4 <input type="checkbox"/> Particular 6 <input type="checkbox"/> Não sabe		
	15 - Problemas de pressão arterial	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	16 FOI ATENDIDO?		
PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS PASSE AO QUESITO 8				1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 17) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)			
02	SENTIU ALGUMA VEZ QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA OU PARAR DE BEBER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	(siga 3)		5 <input type="checkbox"/> Não bebe (passe ao 6)		
03	AS PESSOAS CRITICAM O SEU MODO DE BEBER?	2 <input type="checkbox"/> Sim			4 <input type="checkbox"/> Não		
04	SENTE-SE ABORRECIDO CONSIGO MESMO PELA MANEIRA COMO COSTUMA BEBER?	1 <input type="checkbox"/> Sim			3 <input type="checkbox"/> Não		
05	COSTUMA BEBER PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU A RESSACA?	2 <input type="checkbox"/> Sim			4 <input type="checkbox"/> Não		
06	FUMA:	1 <input type="checkbox"/> Cigarro 3 <input type="checkbox"/> Cachimbo 5 <input type="checkbox"/> Charuto	(siga 7)		7 <input type="checkbox"/> Não fuma (passe ao 8)		
07	FUMA QUANTAS VEZES POR DIA?	<input type="text"/> Vezes					
08	APRESENTA ALGUMA DAS SEGUINTE S CONDIÇÕES?						
	Condição	Presença					
	1 - Cegueira	1 <input type="checkbox"/> Parcial	3 <input type="checkbox"/> Total	5 <input type="checkbox"/> Não tem			
	2 - Surdez	2 <input type="checkbox"/> Parcial	4 <input type="checkbox"/> Total	6 <input type="checkbox"/> Não tem			
	3 - Paralisia	1 <input type="checkbox"/> Parcial	3 <input type="checkbox"/> Total	5 <input type="checkbox"/> Não tem			
	4 - Falta de algum membro ou parte do mesmo	2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não			
	5 - Dificuldade de aprender ou de entender as coisas	1 <input type="checkbox"/> Sim		3 <input type="checkbox"/> Não			
	6 - Doença mental	2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não			
	7 - Retardamento	1 <input type="checkbox"/> Sim		3 <input type="checkbox"/> Não			
	8 - Considera-se	2 <input type="checkbox"/> Gordo	4 <input type="checkbox"/> Magro	6 <input type="checkbox"/> Peso normal			
17	O ATENDIMENTO FOI GRATUITO?			2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não			
18	ESTEVE HOSPITALIZADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?			1 <input type="checkbox"/> Sim, parto 5 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 21) 3 <input type="checkbox"/> Sim, outro motivo			
19	QUANTAS VEZES ESTEVE INTERNADO NESTES ÚLTIMOS 12 MESES?			<input type="text"/> Vezes			
20	QUANTO TEMPO ESTEVE INTERNADO (NA ÚLTIMA VEZ)?			<input type="text"/> Meses <input type="text"/> Dias			
PEÇA QUE A PESSOA RETIRE OS SAPATOS E AGASALHOS ANOTAR AO MEDIR:							
21	POSIÇÃO DA PESSOA AO MEDIR O COMPRIMENTO OU A ALTURA:						
PARA AS CRIANÇAS DE 24 A 35 MESES FAZER AS DUAS MEDIÇÕES							
2 <input type="checkbox"/> Só deitada		4 <input type="checkbox"/> Deitada e em pé		6 <input type="checkbox"/> Só em pé			
22	COMPRIMENTO ATUAL REGISTRADO:	<input type="text"/> Centímetros		23	ALTURA ATUAL REGISTRADA:	<input type="text"/> Centímetros	
24	PESO ATUAL REGISTRADO:			<input type="text"/> Quilogramas			
CRIANÇAS COM MENOS DE 24 MESES, PESAR COMPLETAMENTE DESPIDAS							
25	DATA DA MEDIÇÃO:	<input type="text"/> Dia <input type="text"/> Mês		26	HORA ATUAL:	<input type="text"/> Horas <input type="text"/> Minutos	

5	N.º DE ORDEM	NOME DO MORADOR			SEXO	IDADE EM MESES	IDADE EM ANOS
					1 <input type="checkbox"/> H 3 <input type="checkbox"/> M		
01	APRESENTOU ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS OU SINAIS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?						
	Sintoma ou sinal	Nas últimas 2 semanas?	Continua hoje?	Procurou atendimento por causa deste sintoma?			
	1 - Febre	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	2 - Dor de garganta e/ou Dor de ouvido	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	3 - Falta de apetite	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	4 - Problema dentário	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	5 - Dor de cabeça	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	6 - Dor de barriga	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	7 - Vômitos repetidos	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	8 - Diarréia	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	9 - Inchaço	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	10 - Problemas respiratórios	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	11 - Ferimento e/ou Queimadura	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	12 - Perda de sangue	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	13 - Perda de sono e/ou Cansaço fácil	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	14 - Nervosismo e/ou Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	15 - Problemas de pressão arterial	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS PASSE AO QUESITO 8							
02	SENTIU ALGUMA VEZ QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA OU PARAR DE BEBER?	1 <input type="checkbox"/> Sim	3 <input type="checkbox"/> Não	5 <input type="checkbox"/> Não bebe (passe ao 6)			
03	AS PESSOAS CRITICAM O SEU MODO DE BEBER?	2 <input type="checkbox"/> Sim	4 <input type="checkbox"/> Não				
04	SENTE-SE ABORRECIDO CONSIGO MESMO PELA MANEIRA COMO COSTUMA BEBER?	1 <input type="checkbox"/> Sim	3 <input type="checkbox"/> Não				
05	COSTUMA BEBER PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU A RESSACA?	2 <input type="checkbox"/> Sim	4 <input type="checkbox"/> Não				
06	FUMA:	1 <input type="checkbox"/> Cigarro 3 <input type="checkbox"/> Cachimbo 5 <input type="checkbox"/> Charuto	(siga 7)	7 <input type="checkbox"/> Não fuma (passe ao 8)			
07	FUMA QUANTAS VEZES POR DIA?	_____ Vezes					
08	APRESENTA ALGUMA DAS SEGUINTE S CONDIÇÕES?						
	Condição	Presença					
	1 - Cegueira	1 <input type="checkbox"/> Parcial	3 <input type="checkbox"/> Total	5 <input type="checkbox"/> Não tem			
	2 - Surdez	2 <input type="checkbox"/> Parcial	4 <input type="checkbox"/> Total	6 <input type="checkbox"/> Não tem			
	3 - Paralisia	1 <input type="checkbox"/> Parcial	3 <input type="checkbox"/> Total	5 <input type="checkbox"/> Não tem			
	4 - Falta de algum membro ou parte do mesmo	2 <input type="checkbox"/> Sim	4 <input type="checkbox"/> Não				
	5 - Dificuldade de aprender ou de entender as coisas	1 <input type="checkbox"/> Sim	3 <input type="checkbox"/> Não				
	6 - Doença mental	2 <input type="checkbox"/> Sim	4 <input type="checkbox"/> Não				
	7 - Retardamento	1 <input type="checkbox"/> Sim	3 <input type="checkbox"/> Não				
	8 - Considera-se	2 <input type="checkbox"/> Gordo	4 <input type="checkbox"/> Magro	6 <input type="checkbox"/> Peso normal			
09	NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, FALTOU AO TRABALHO OU À ESCOLA OU DEIXOU DE REALIZAR QUAISQUER DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR MOTIVO DE SAÚDE?						
	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 10) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)						
10	QUANTOS DIAS DEIXOU DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?						
	_____ Dias						
11	FICOU ACAMADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?						
	2 <input type="checkbox"/> Sim (siga 12) 4 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)						
12	QUANTOS DIAS FICOU ACAMADO?						
	_____ Dias						
13	PROCUROU ATENDIMENTO DE SAÚDE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?						
	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 14) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)						
14	QUE TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCUROU?						
	1 <input type="checkbox"/> Farmácia 2 <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular 3 <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde 4 <input type="checkbox"/> Clínica ou posto de assistência	(passe ao 18)	5 <input type="checkbox"/> Pronto-socorro 6 <input type="checkbox"/> Hospital 7 <input type="checkbox"/> Outro 8 <input type="checkbox"/> Não sabe	(siga 15)			
15	ESTE ESTABELECIMENTO É PÚBLICO OU PARTICULAR?						
	2 <input type="checkbox"/> Público 4 <input type="checkbox"/> Particular 6 <input type="checkbox"/> Não sabe						
16	FOI ATENDIDO?						
	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 17) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)						
17	O ATENDIMENTO FOI GRATUITO?						
	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não						
18	ESTEVE HOSPITALIZADO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?						
	1 <input type="checkbox"/> Sim, parto 3 <input type="checkbox"/> Sim, outro motivo	(siga 19)	5 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 21)				
19	QUANTAS VEZES ESTEVE INTERNADO NESTES ÚLTIMOS 12 MESES?						
	_____ Vezes						
20	QUANTO TEMPO ESTEVE INTERNADO (NA ÚLTIMA VEZ)?						
	_____ Meses _____ Dias						
PEÇA QUE A PESSOA RETIRE OS SAPATOS E AGASALHOS ANOTAR AO MEDIR:							
21	POSIÇÃO DA PESSOA AO MEDIR O COMPRIMENTO OU A ALTURA:						
PARA AS CRIANÇAS DE 24 A 35 MESES FAZER AS DUAS MEDIÇÕES							
	2 <input type="checkbox"/> Só deitada 4 <input type="checkbox"/> Deitada e em pé 6 <input type="checkbox"/> Só em pé						
22	COMPRIMENTO ATUAL REGISTRADO:			23 ALTURA ATUAL REGISTRADA:			
	_____, ____ Centímetros			_____, ____ Centímetros			
24	PESO ATUAL REGISTRADO:						
CRIANÇAS COM MENOS DE 24 MESES, PESAR COMPLETAMENTE DESPIDAS							
	_____, ____ Quilogramas						
25	DATA DA MEDIÇÃO:			26 HORA ATUAL:			
	____ Dia ____ Mês			____ Horas ____ Minutos			

5	N.º DE ORDEM	NOME DO MORADOR			SEXO	IDADE EM MESES	IDADE EM ANOS
					1 <input type="checkbox"/> H 3 <input type="checkbox"/> M		
01	APRESENTOU ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS OU SINAIS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?				09	NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, FALTOU AO TRABALHO OU A ESCOLA OU DEIXOU DE REALIZAR QUAISQUER DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR MOTIVO DE SAÚDE?	
	Sintoma ou sinal	Nas últimas 2 semanas?	Continua hoje?	Procurou atendimento por causa deste sintoma?	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 10) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)		
	1 - Febre	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	10 QUANTOS DIAS DEIXOU DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	2 - Dor de garganta e/ou Dor de ouvido	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	_____ Dias		
	3 - Falta de apetite	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	11 FICOU ACAMADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	4 - Problema dentário	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim (siga 12) 4 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)		
	5 - Dor de cabeça	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	12 QUANTOS DIAS FICOU ACAMADO?		
	6 - Dor de barriga	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	_____ Dias		
	7 - Vômitos repetidos	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	13 PROCUROU ATENDIMENTO DE SAÚDE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	8 - Diarréia	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 14) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)		
	9 - Inchaço	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	14 QUE TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCUROU?		
	10 - Problemas respiratórios	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Farmácia } (passe ao 18) 5 <input type="checkbox"/> Pronto-socorro 2 <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular } 3 <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde } (siga 15) 6 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Clínica ou posto de assistência } 7 <input type="checkbox"/> Outro 8 <input type="checkbox"/> Não sabe } (siga 15)		
	11 - Ferimento e/ou Queimadura	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	15 ESTE ESTABELECIMENTO É PÚBLICO OU PARTICULAR?		
	12 - Perda de sangue	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Público 4 <input type="checkbox"/> Particular 6 <input type="checkbox"/> Não sabe		
	13 - Perda de sono e/ou Cansaço fácil	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	16 FOI ATENDIDO?		
	14 - Nervosismo e/ou Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 17) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)		
	15 - Problemas de pressão arterial	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	17 O ATENDIMENTO FOI GRATUITO?		
PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS PASSE AO QUESITO 8							
02	SENTIU ALGUMA VEZ QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA OU PARAR DE BEBER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não 5 <input type="checkbox"/> Não bebe (passe ao 6)		(siga 3)			
03	AS PESSOAS CRITICAM O SEU MODO DE BEBER?	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não					
04	SENTE-SE ABORRÉCIDO CONSIGO MESMO PELA MANEIRA COMO COSTUMA BEBER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não					
05	COSTUMA BEBER PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU A RESSACA?	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não					
06	FUMA:	1 <input type="checkbox"/> Cigarro 3 <input type="checkbox"/> Cachimbo 5 <input type="checkbox"/> Charuto		7 <input type="checkbox"/> Não fuma (passe ao 8)			
07	FUMA QUANTAS VEZES POR DIA?	_____ Vezes					
08	APRESENTA ALGUMA DAS SEGUINTE S CONDIÇÕES?						
	Condição	Presença					
	1 - Cegueira	1 <input type="checkbox"/> Parcial 3 <input type="checkbox"/> Total 5 <input type="checkbox"/> Não tem					
	2 - Surdez	2 <input type="checkbox"/> Parcial 4 <input type="checkbox"/> Total 6 <input type="checkbox"/> Não tem					
	3 - Paralisia	1 <input type="checkbox"/> Parcial 3 <input type="checkbox"/> Total 5 <input type="checkbox"/> Não tem					
	4 - Falta de algum membro ou parte do mesmo	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não					
	5 - Dificuldade de aprender ou de entender as coisas	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não					
	6 - Doença mental	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não					
	7 - Retardamento	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não					
	8 - Considera-se	2 <input type="checkbox"/> Gordo 4 <input type="checkbox"/> Magro 6 <input type="checkbox"/> Peso normal					
					PEÇA QUE A PESSOA RETIRE OS SAPATOS E AGASALHOS ANOTAR AO MEDIR:		
					21 POSIÇÃO DA PESSOA AO MEDIR O COMPRIMENTO OU A ALTURA:		
PARA AS CRIANÇAS DE 24 A 35 MESES FAZER AS DUAS MEDIÇÕES							
					2 <input type="checkbox"/> Só deitada 4 <input type="checkbox"/> Deitada e em pé 6 <input type="checkbox"/> Só em pé		
22 COMPRIMENTO ATUAL REGISTRADO:				23 ALTURA ATUAL REGISTRADA:			
_____, ____ Centímetros				_____, ____ Centímetros			
24 PESO ATUAL REGISTRADO:							
_____, ____ Quilogramas							
CRIANÇAS COM MENOS DE 24 MESES, PESAR COMPLETAMENTE DESPIDAS							
25 DATA DA MEDIÇÃO:				26 HORA ATUAL:			
____ Dia ____ Mês				____ Horas ____ Minutos			

5	N.º DE ORDEM	NOME DO MORADOR			SEXO	IDADE EM MESES	IDADE EM ANOS
					1 <input type="checkbox"/> H 3 <input type="checkbox"/> M		
01	APRESENTOU ALGUM DOS SEGUINTE SINTOMAS OU SINAIS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?				09 NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, FALTOU AO TRABALHO OU A ESCOLA OU DEIXOU DE REALIZAR QUAISQUER DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS POR MOTIVO DE SAÚDE?		
	Sintoma ou sinal	Nas últimas 2 semanas?	Continua hoje?	Procurou atendimento por causa deste sintoma?	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 10) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)		
	1 - Febre	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não			
	2 - Dor de garganta e/ou Dor de ouvido	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	10 QUANTOS DIAS DEIXOU DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES HABITUAIS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	3 - Falta de apetite	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	_____ Dias		
	4 - Problema dentário	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	11 FICOU ACAMADO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	5 - Dor de cabeça	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim (siga 12) 4 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 13)		
	6 - Dor de barriga	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	12 QUANTOS DIAS FICOU ACAMADO?		
	7 - Vômitos repetidos	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	_____ Dias		
	8 - Diarréia	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	13 PROCUROU ATENDIMENTO DE SAÚDE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	9 - Inchaço	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 14) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)		
	10 - Problemas respiratórios	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	14 QUE TIPO DE ESTABELECIMENTO PROCUROU?		
	11 - Ferimento e/ou Queimadura	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Farmácia } (passe ao 18) 5 <input type="checkbox"/> Pronto-socorro } 2 <input type="checkbox"/> Consultório ou médico particular } 3 <input type="checkbox"/> Posto ou centro de saúde } (siga 15) 6 <input type="checkbox"/> Hospital } 4 <input type="checkbox"/> Clínica ou posto de assistência } 7 <input type="checkbox"/> Outro } 8 <input type="checkbox"/> Não sabe } (siga 15)		
	12 - Perda de sangue	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	15 ESTE ESTABELECIMENTO É PÚBLICO OU PARTICULAR?		
	13 - Perda de sono e/ou Cansaço fácil	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Público 4 <input type="checkbox"/> Particular 6 <input type="checkbox"/> Não sabe		
	14 - Nervosismo e/ou Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	16 FOI ATENDIDO?		
	15 - Problemas de pressão arterial	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	2 <input type="checkbox"/> Sim 4 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim (siga 17) 3 <input type="checkbox"/> Não (passe ao 18)		
PARA AS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS PASSE AO QUESITO 8							
02	SENTIU ALGUMA VEZ QUE DEVERIA DIMINUIR A QUANTIDADE DE BEBIDA OU PARAR DE BEBER?	1 <input type="checkbox"/> Sim 3 <input type="checkbox"/> Não		5 <input type="checkbox"/> Não bebe (passe ao 6)			
		(siga 3)					
03	AS PESSOAS CRITICAM O SEU MODO DE BEBER?	2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não			
04	SENTE-SE ABORRECIDO CONSIGO MESMO PELA MANEIRA COMO COSTUMA BEBER?	1 <input type="checkbox"/> Sim		3 <input type="checkbox"/> Não			
05	COSTUMA BEBER PELA MANHÃ PARA DIMINUIR O NERVOSISMO OU A RESSACA?	2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não			
06	FUMA:	1 <input type="checkbox"/> Cigarro		7 <input type="checkbox"/> Não fuma (passe ao 8)			
		3 <input type="checkbox"/> Cachimbo					
		5 <input type="checkbox"/> Charuto					
07	FUMA QUANTAS VEZES POR DIA?	_____ Vezes					
08	APRESENTA ALGUMA DAS SEGUINTE S CONDIÇÕES?						
	Condição	Presença					
	1 - Cegueira	1 <input type="checkbox"/> Parcial		3 <input type="checkbox"/> Total		5 <input type="checkbox"/> Não tem	
	2 - Surdez	2 <input type="checkbox"/> Parcial		4 <input type="checkbox"/> Total		6 <input type="checkbox"/> Não tem	
	3 - Paralisia	1 <input type="checkbox"/> Parcial		3 <input type="checkbox"/> Total		5 <input type="checkbox"/> Não tem	
	4 - Falta de algum membro ou parte do mesmo	2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não			
	5 - Dificuldade de aprender ou de entender as coisas	1 <input type="checkbox"/> Sim		3 <input type="checkbox"/> Não			
	6 - Doença mental	2 <input type="checkbox"/> Sim		4 <input type="checkbox"/> Não			
	7 - Retardamento	1 <input type="checkbox"/> Sim		3 <input type="checkbox"/> Não			
	8 - Considera-se	2 <input type="checkbox"/> Gordo		4 <input type="checkbox"/> Magro		6 <input type="checkbox"/> Peso normal	
21	PEÇA QUE A PESSOA RETIRE OS SAPATOS E AGASALHOS ANOTAR AO MEDIR:						
21 POSIÇÃO DA PESSOA AO MEDIR O COMPRIMENTO OU A ALTURA:							
PARA AS CRIANÇAS DE 24 A 35 MESES FAZER AS DUAS MEDIÇÕES							
2 <input type="checkbox"/> Só deitada		4 <input type="checkbox"/> Deitada e em pé		6 <input type="checkbox"/> Só em pé			
22	COMPRIMENTO ATUAL REGISTRADO:	23 ALTURA ATUAL REGISTRADA:					
_____, ____ Centímetros		_____, ____ Centímetros					
24	PESO ATUAL REGISTRADO:						
CRIANÇAS COM MENOS DE 24 MESES, PESAR COMPLETAMENTE DESPIDAS							
_____, ____ Quilogramas							
25	DATA DA MEDIÇÃO:			26 HORA ATUAL:			
____ Dia		____ Mês		____ Horas		____ Minutos	