REGISTRO DE SINTOMAS DO PACIENTE

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

MÊS: _____

Nome do Paciente:_____ Matrícula: _____ Região/Bairro: _____

DIA	DOR		FALTA DE AR		ENJOO / VÔMITO		ANSIEDADE		TRISTEZA		BEM-ESTAR		SONOLÊNCIA		PRISÃO DE VENTRE		FALTA DE APETITE		CANSAÇO		INSÔNIA	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Outros: