

Projeto II – Programação para Dispositivos móveis

Implemente uma tela de aplicativo que permita cadastrar em um banco de dados o formulário abaixo:

Crie uma outra janela que permita buscar os dados do paciente por cpf.

O sistema deve conter login.

Terapia Ocupacional
Anamnese Infantil

Identificação

Nome: _____ Data da Avaliação: ____ / ____ / ____

Data Nasc: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Sexo: ____ Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Filiação: Pai: _____ Idade: ____ / ____ / ____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Mãe: _____ Idade: ____ / ____ / ____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Responsável: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Diagnóstico / Seqüela: _____

Medicação atual: _____

Médico responsável: _____

Encaminhamento: _____

Composição familiar: _____

Queixa principal: _____

História Progressa

Gravidez (idade, planejada, pré-natal, uso de drogas, medicamentos, ameaça de aborto, dieta, intercorrências): _____

Parto (tipo, idade gestacional, peso, cor, choro, intercorrências): _____