

FICHA MÉDICA

Nome:		Nascimento:		CPF:	
Empresa:		Unidade:		RG:	
Setor:		Cargo:		Matricula:	
<input type="checkbox"/> Admissional	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Mudança de Função	<input type="checkbox"/> Retorno de Trabalho	<input type="checkbox"/> Demissional	

ANTECEDENTES FAMILIARES

Algum dos seus familiares diretos (pai, mãe, irmãos), mesmo já falecidos, tem ou tiveram alguma das doenças abaixo? Marque com um "X" em caso afirmativo ou negativo.

ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO	ASSINALE	PARENTESCO	SIM	NÃO
01- Tuberculose		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04 - Câncer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Diabete (açúcar no sangue)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05 - Doença do Coração		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- Pressão Alta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06 - Doença Mental / Nervosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBS:

ANTECEDENTES PESSOAIS

PROBLEMAS DE SAÚDE e QUEIXAS ATUAIS:	SIM	NÃO	PROBLEMAS DE SAÚDE e QUEIXAS ATUAIS:	SIM	NÃO
07- Pressão alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22- Doenças da coluna, Hérnia de disco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08- Doenças do Coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23- Reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09- Problemas respiratórios, Bronquite, Asmas, rinite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24- Varizes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Tosse Frequente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25- Diarréias frequentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Doenças renais (rins)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26- Hemia inguinal, escrotal, umbilical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Doenças do fígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28- Tonturas ou desmaios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Diabetes (açúcar no sangue)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29- Tem algum defeito físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Doenças do estômago (úlceras, gastrite)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.1) Qual?		
15- Alteração no sangue (anemia, leucopenia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43- Dor nas articulações da mão/punho ou braço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Problemas na visão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44- Nódulo de mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Problema de audição (otite, zumbido, perda)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45- Câncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Epilepsia convulsão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46- Vacina Anti tetânica há menos de 10 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Depressão, Melancolia, nervosismo, pânico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47- Vacina para hepatite B (3 doses)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Dor de cabeça frequente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27- Sofreu alguma doença não mencionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Doenças da pele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.1) Qual:		
30- Já esteve internado alguma vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31- Cirurgias realizadas ou programadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.1) Motivo:			31.1) Motivo:		

OBS:

ESTILO DE VIDA

SIM	NÃO	EM CASO AFIRMATIVO, RESPONDA: (marque apenas 1 opção)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Atividade Física?	<input type="checkbox"/>	Eventualmente	<input type="checkbox"/>	3 ou + vezes na semana	<input type="checkbox"/>	finais de semana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32 - Fuma?	<input type="checkbox"/>	1 a 3 cigarros/dia	<input type="checkbox"/>	de 4 a 20 cigarros/dia	<input type="checkbox"/>	acima de 20 cigarros/dia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33 - Bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/>	3 a 4 vezes na semana	<input type="checkbox"/>	Finais de semana	<input type="checkbox"/>	Diariamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34 - Consumo de água?	<input type="checkbox"/>	até 4 copos/dia	<input type="checkbox"/>	de 5 a 8 copos/dia	<input type="checkbox"/>	acima de 9 copos/dia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 - Problemas com o sono?	<input type="checkbox"/>	Insônia, mas acordo bem disposto(a)	<input type="checkbox"/>	Insônia e acordo cansado (a)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 - Exame de colesterol em 24 meses?	<input type="checkbox"/>	Resultado Normal	<input type="checkbox"/>	Resultado Alterado	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 - Uso regular de medicamentos?	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	Anti-alerģicos	<input type="checkbox"/>	Antidepressivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Anticonvulsivantes	<input type="checkbox"/>	Antihipertensivos	<input type="checkbox"/>	Outros:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36 - Encontra-se estressado?	<input type="checkbox"/>	Baixo estresse	<input type="checkbox"/>	Mélio estresse	<input type="checkbox"/>	Alto estresse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.1 Motivo do estresse?	<input type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>	Trabalho	<input type="checkbox"/>	Familiar e Trabalho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 - Considera a sua alimentação ?	<input type="checkbox"/>	Saudável	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Não saudável

OBS:

SIM	NÃO	SAÚDE DA MULHER	SIM	NÃO	SAÚDE DO HOMEM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48 - Preventivo Ginecológico atualizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52 - Próstata - exame (toque) nos últimos 12 meses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49 - Mamografia ou Ultrasson das mamas em 2 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54 - Próstata - exame de sangue (PSA) últimos 12 meses?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 - É gestante? 51. Última menstruação: / /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99 - Hidrocele / Varicocele

OBS:

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS	SIM	NÃO	SIM	NÃO
39 - Suas condições de saúde exigem trabalho especial ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41- Tem alguma lesão física devido ao trabalho?	<input type="checkbox"/>
40 - Esteve afastado pelo I.N.S.S?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42- Esteve doente devido ao seu trabalho?	<input type="checkbox"/>

OBS:

TRABALHOS EM EMPRESAS ANTERIORES

SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55 - Produtos químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58 - Local com muito frio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56 - Local com muita poeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59 - Local com muito barulho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57 - Local com muito calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 - Digitação contínua
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					61 - Telemarketing/ Call center
					62 - Esforço físico intenso
					63 - Outros :

Cidade

Data

Assinatura do Candidato/ Empregado