Adclin
MEDICINA DO TRABALHO

FICHA MÉDICA

Nome: Nascimento: CPF:

Endereço: Tel.:

Empresa: Unidade: RG:

Setor: Cargo: Matricula:

Último emprego: Nome da empresa:_____ Função: _____
Tempo na atividade: _____

☐ Admissional ☐ Periódico ☐ Mudança de Função ☐ Retorno de Trabalho ☐ 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		☐	☐	04 - Cancêr		☐	☐
02 - Diabete (açúcar no sangue)		☐	☐	05 - Doença do Coração		☐	☐
03- Pressão Alta		☐	☐	06 - Doença Mental / Nervosa		☐	☐

OBS:

ANTECEDENTES PESSOAIS

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

OBS:

ANAMNESE / FONOAUDIOLOGIA

1- Perda Auditiva	SIM ☐ NÃO ☐	8- Uso de Protetor auditivo	SIM ☐ NÃO ☐
2- Zumbido	SIM ☐ NÃO ☐	Tipo: ( ) Inserção ( ) Abafador ( ) Função não permite	
3- Infecção de Ouvido	SIM ☐ NÃO ☐	9- Tempo na função:	
4- Trauma Acústico	SIM ☐ NÃO ☐	10- Ruído Extra Laborativo:	
5- Faz uso de fone de ouvido	SIM ☐ NÃO ☐	11- Medicamentos:	
6- Cirurgia de Ouvido	SIM ☐ NÃO ☐ OE ☐ OD ☐		
7- História de perda auditiva na família	SIM ☐ NÃO ☐		

ESTILO DE VIDA

SIM	NÃO		EM CASO AFIRMATIVO, RESPONDA: (marque apenas 1 opção)			
☐	☐	38. Atividade Física?	☐ Eventualmente	☐ 3 ou + vezes na semana	☐ finais de semana	
☐	☐	32 - Fuma?	☐ 1 a 3 cigarros/dia	☐ de 4 a 20 cigarros/dia	☐ acima de 20 cigarros/dia	
☐	☐	33 - Bebidas alcoólicas?	☐ 3 a 4 vezes na semana	☐ Finais de semana	☐ Diariamente	
☐	☐	35 - Problemas com o sono?	☐ Insônia, mas acordo bem disposto(a)		☐ Insônia e acordo cansado (a)	
☐	☐	37 - Uso regular de medicamentos?	☐ Tranquilizantes	☐ Anti-alergicos	☐ Antidepressivos	
			☐ Anticonvulsivantes	☐ Antihipertensivos	☐ Outros:	
☐	☐	36 - Encontra-se estressado?	☐ Baixo estresse	☐ Médio estresse	☐ Alto estresse	
		36.1 Motivo do estresse?	☐ Familiar	☐ Trabalho	☐ Familiar e Trabalho	

OBS:

SIM	NÃO	SAÚDE DA MULHER	SIM	NÃO	SAÚDE DO HOMEM
☐	☐	48 - Preventivo Ginecológico atualizado	☐	☐	52 - Próstata - exame (toque) nos últimos 12 meses
☐	☐	49 - Mamografia ou Ultrasson das mamas em 2 anos?	☐	☐	54 - Próstata - exame de sangue (PSA) últimos 12 meses?
☐	☐	50 - É gestante? 51. Última menstruação: / /	☐	☐	99 - Hidrocele / Varicocele
☐	☐	53 - Filhos: Quantos / Idade / Sexo?			

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS	SIM	NÃO		SIM	NÃO
39 - Suas condições de saúde exigem trabalho especial ?	☐	☐	41- Tem alguma lesão física devido ao trabalho?	☐	☐
40 - Esteve afastado pelo I.N.S.S?	☐	☐	42- Esteve doente devido ao seu trabalho?	☐	☐

Obs:

_____ , _____ / _____ / _____
Cidade Data

_____
Assinatura do Candidato/ Empregado

Rua Timbiras, 2250 - Sala 002 - 2º andar - Bairro Lourdes - Tel.: (31) 3275-3150 / 3082-5901 - BH - MG - CEP: 30140-061