

FICHA DE ANTECEDENTES DE SAÚDE

NOME:

CPF:

CARGO:

Perguntas	SIM	NÃO	Perguntas	SIM	NÃO
Possui doença crônica? SE SIM, QUAL?			Você tem hipertensão arterial? SE SIM, FAZ USO DE MEDICAÇÃO ?		
Faz uso de bebidas alcoólicas? SE SIM, QUANTO E QUAL A FREQUÊNCIA?			Já sofreu convulsões ou desmaios? SE SIM, QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Você fuma? SE SIM, QUANTO E QUAL A FREQUÊNCIA?			Já sofreu acidentes graves ou teve fraturas? SE SIM, QUAL?		
Esteve internado para tratamento no últimos anos? SE SIM, QUAL O MOTIVO? QUANDO?			Já teve ou tem doenças de pulmões ou brônquios? SE SIM, QUAL? FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Já fez alguma cirurgia? SE SIM, QUAL O MOTIVO? QUANDO?			Sofre ou sofreu doenças renais ou urinárias? SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Já fez ou faz tratamento psicológico ou psiquiátrico? SE SIM, POR QUANTO TEMPO?			Você é diabético? SE SIM, DESDE QUANDO? FAZ ACOMPANHAMENTO?		
Já fez ou faz uso de tóxicos? SE SIM, QUAL E POR QUANTO TEMPO?			Tem ou teve úlcera ou gastrite? Fez/Faz tratamento para doença gastro intestinal? SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO?		
Você possui Marca Passo? SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO?			Teve afastamento médico por mais de 30 dias nos ultimos anos? SE SIM, QUANDO E QUAL O MOTIVO?		
Faz uso contínuo de alguma medicação? SE SIM, QUAL? DESDE QUANDO?			Tem ou teve doença venérea? SE SIM, QUAL ?		
Ja teve Acidente de Trabalho neste contrato? SE SIM, QUAL? TEVE SEQUELAS?			Possui alguma deficiência/PCD? SE SIM, QUAL ? POSSUI LAUDO?		
Possui doença cardíaca? SE SIM, FAZ ACOMPANHAMENTO?					

Relate aqui algo que seja relevante e não foi questionado acima:

PARA MULHERES

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Já se submeteu a cirurgia ginecológica?			Você tem cólicas ou fluxo excessivo?		
As menstruações são normais?			Faz consultas ginecológicas periódicas?		
Qual a data da última menstruação?	Antecedentes obstétricos: (abortos, histerectomia, endometriose,etc)				
Tem filhos ? () Não. () Sim, Quantos?					

Data: ____/____/____

NOME COMPLETO: _____

Assinatura do servidor/colaborador