

1. Dados Pessoais			
Nome:		Data nascimento:	
Nome da Mãe		CPF	
<b>Cargo:</b>		RG / órgão emissor	/
Endereço atual:			

*Esta ficha clínica foi elaborada para seu exame admissional e servirá como base para os futuros exames periódicos oferecidos pela instituição. Todas as informações aqui contidas serão tratadas com o sigilo devido. A essas informações terá acesso apenas a equipe de saúde desta instituição.*

*Por favor, preencha as questões dos itens de 1 a 4 antes da consulta com o médico. Isso agilizará seu exame admissional.*

2. Revisão de Hábitos				
Tabagismo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> ex-tabagista há quanto tempo? _____	Cigarros/dia Por quantos anos?
Exercício físico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Irregularmente	Regularmente <input type="checkbox"/> < 150 minutos/semana <input type="checkbox"/> ≥ 150 minutos/semana
	Alguma restrição médica a exercícios?			
Ingere bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	doses/semana*	Por quantos anos?
Caso ingira álcool, favor preencher o questionário AUDIT em anexo				
Outros hábitos / uso de drogas				

3. História Familiar (parentes até 2º grau)
- especificar doença e relação de parentesco -
<input type="checkbox"/> Câncer (próstata < 60 anos, mama, cólon, reto, ovário)
<input type="checkbox"/> Outros cânceres
<input type="checkbox"/> Infarto ou AVC (“derrame”) (homens antes dos 55 e mulheres antes dos 65):
<input type="checkbox"/> Doenças neurológicas, Mentais ou Psiquiátricas (incluir quadros demenciais)
<input type="checkbox"/> Glaucoma:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus:
<input type="checkbox"/> Doença renal ( diálise )
<input type="checkbox"/> Outras doenças recorrentes na família:

4. História Patológica e Int. Sistêmico
- especificar doenças ativas e já resolvidas -
<b>Internações hospitalares</b> [ ]S [ ]N, <b>Cirurgias</b> [ ]S [ ]N ou <b>Transfusão sanguínea</b> [ ]S [ ]N: <i>(especificar motivos e época)</i>

<b>Doenças / Tratamentos</b>	
<i>Sistema Circulatório (Cardiovascular):</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipertensão Arterial (HAS) [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trombose/ Embolia [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim</li> </ul>
Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N	Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N
<ul style="list-style-type: none"> <li>Isquemia / Infarto / Angina pectoris [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outras doenças cardiovasculares [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim</li> </ul>
Quando? Cite:	[ <input type="checkbox"/> ] ativo [ <input type="checkbox"/> ] passado Cite:
	Quando? Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N
<i>Sistema Digestório :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Esôfago / Estômago / Fígado [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colon /Reto / Ânus [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim</li> </ul>
Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N	Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N
Cite:	Cite:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Última consulta ao dentista [ <input type="checkbox"/> ] Há menos de um ano [ <input type="checkbox"/> ] Há mais de um ano</li> </ul>	
<i>Sistema Endócrino (hormonal):</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes Mellitus [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alterações de Tireoide [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim</li> </ul>
Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N	Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N
Obs.:	Cite:
<i>Sistema Imunitário/ Doenças infecciosas:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alergias (a medicamentos, alimentos, contato, respiratória) [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N</li> </ul>	
Cite:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Doenças Autoimunes [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N</li> </ul>	
Cite:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Doenças infecciosas crônicas (Hepatites, HPV, VIH, outras) [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N</li> </ul>	
Cite: [ <input type="checkbox"/> ] Prefiro NÃO especificar.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Imunizações (vacinações): Vacinação completa, segundo calendário vacinal para adulto? [ <input type="checkbox"/> ] sim [ <input type="checkbox"/> ] não (ver anexo) [ <input type="checkbox"/> ] não sei informar</li> </ul>	
<i>Sistema Locomotor (músculos, tendões, ossos, articulações, coluna)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>[ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N Cite:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>DOR CRÔNICA [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N Cite:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiência física (motora)</li> </ul>	
<i>Sistema Nervoso (Cérebro, tronco cerebral, pares cranianos, medula neural, nervos periféricos)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>[ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N Cite:</li> </ul>	
<i>Condições Psicológicas ou Psiquiátricas</i>	
<p><i>Já fez tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, já foi encaminhado por profissionais de saúde para tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, já sentiu a necessidade de fazer tratamentos psicológicos ou psiquiátricos?</i></p>	
Psicológico [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N	Psiquiátrico [ <input type="checkbox"/> ] Não [ <input type="checkbox"/> ] Sim Em tratamento regular: [ <input type="checkbox"/> ] S [ <input type="checkbox"/> ] N

<i>Sistema Tegumentar</i> (pele, cabelos, pelos, unhas)	
[ ] Não [ ] Sim Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite:	
[ ] Tatuagem?	

<i>Sistema Urinário e Reprodutivo:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rins / Vias urinárias (ureteres, bexiga, uretra) [ ] Não [ ] Sim Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ginecológico [ ] Não [ ] Sim Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite: [ ] Prefiro NÃO especificar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aparelho reprodutivo masculino [ ] Não [ ] Sim. Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite:</li> </ul>	[ ] Prefiro NÃO especificar.

<i>Visão / Audição</i>	
Algum problema de visão? [ ] Não [ ] Sim Usa Correção visual? [ ] S [ ] N Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite:	
Algum problema de audição? [ ] Não [ ] Sim Usa aparelho? [ ] S [ ] N Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite:	

<i>Sistema Respiratório, nariz, orelhas e garganta</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pulmões/ Brônquios [ ] Não [ ] Sim Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nariz, orelhas, garganta, seios nasais [ ] Não [ ] Sim Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite:</li> </ul>
<b>Outros</b>	
[ ] Não [ ] Sim Em tratamento regular: [ ] S [ ] N Cite:	

<b>USO DE MEDICAMENTOS</b>	
Uso Regular ou frequente de Medicamentos: [ ] Não [ ] Sim: Quais?	

5. EXAME FÍSICO							
<i>- A PARTIR DESTES TÓPICOS, O FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO EXCLUSIVAMENTE PELO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME -</i>							
Altura (m)		Peso (Kg)		IMC (Peso/Altura <sup>2</sup> )		Circunferência Abdominal (cm)	
Pressão Arterial						Idade:	
Pele e fâneros	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Gânglios	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Orelhas/Nariz/Boca/ Orofaringe	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Pescoço	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Sist. Respiratório	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
S. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Abdome	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Sist. Locomotor	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Sist. Nervoso	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Ap. Genitourinário	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:				
Outras Alterações Encontradas							

6. Exames Complementares							
<i>- especificar apenas resultados significativos -</i>							

7. Conclusões e Recomendações							
<b>S.Framingham: Risco DAC</b>	idade	Colesterol total	HDL-Colest.	Tabagismo	DM	Pressão Arterial	<b>Risco (ver tabela anexa)</b> Baixo    Médio    Alto
<b>IMC</b>	<input type="checkbox"/> baixo peso <18,5	<input type="checkbox"/> adequado >18,5<25	<input type="checkbox"/> sobrepeso >25<30	<input type="checkbox"/> obesidade grau I >30<35	<input type="checkbox"/> obesidade grau II >35<40	<input type="checkbox"/> obesidade grau III >40	Hipersonia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (escala de sonolência de Epworth)

Conclusão:	Recomendação:

**Encaminhamentos a outros profissionais de saúde:**

### Conclusão sobre aptidão para exercício de cargo público

Em decorrência das informações prestadas pelo indivíduo examinado, do exame físico, do exame psíquico e da análise dos exames complementares que considerei pertinentes, concluo que o paciente:

Não apresenta qualquer agravo à saúde física ou mental. Está, portanto, APTO para desempenhar as atividades decorrentes das atribuições básicas do cargo de \_\_\_\_\_ (cópia das atribuições, constantes do edital do concurso, em anexo).

Apresenta um ou mais agravos à saúde física ou mental. Tal(is) agravo(s), no entanto, não o incapacitam no momento, nem há indícios de que o venham incapacitar proximamente. Está, portanto, APTO para desempenhar as atividades decorrentes das atribuições básicas do cargo de \_\_\_\_\_ (cópia das atribuições, constantes do edital do concurso, em anexo).

Apresenta um ou mais agravos à saúde física ou mental. Tal(is) agravo(s) não o incapacitam no momento. Há, no entanto, indícios de que sua condição de saúde possa culminar, proximamente, em incapacidade para atividades decorrentes das atribuições básicas do cargo de \_\_\_\_\_ (cópia das atribuições, constantes do edital do concurso, em anexo).

Apresenta um ou mais agravos à saúde física ou mental. Tal(is) agravo(s) causam incapacidade temporária para o trabalho. Há, no entanto indícios de que sua condição de saúde deverá melhorar no prazo de \_\_\_\_\_, quando a incapacidade laboral deverá cessar \_\_\_\_\_

Apresenta um ou mais agravos à saúde física ou mental. Tal(is) agravo(s) causam incapacidade para o desempenho das atividades decorrentes das atribuições básicas do cargo de \_\_\_\_\_ (cópia das atribuições, constantes do edital do concurso, em anexo).

Nome completo do médico: \_\_\_\_\_

número do CRM e UF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ O médico é servidor da Prefeitura Municipal de Itapema  sim  não

Local do Exame: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO AUDIT (consumo de álcool):**

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?  
( 0 ) Nenhuma ( 1 ) Uma ou menos de uma vez por mês ( 2 ) 2 a 4 vezes por mês ( 3 ) 2 a 3 vezes por semana ( 4 ) 4 ou mais vezes por semana
2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?  
( 0 ) Nenhuma ( 1 ) 1 a 2 ( 2 ) 3 a 4 ( 3 ) 5 a 6 ( 4 ) 7 a 9 ( 5 ) 10 ou mais
3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?  
( 0 ) Nunca ( 1 ) Menos que mensalmente ( 2 ) Mensalmente ( 3 ) Semanalmente ( 4 ) Diariamente ou quase diariamente
4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?  
( 0 ) Nunca ( 1 ) Menos que mensalmente ( 2 ) Mensalmente ( 3 ) Semanalmente ( 4 ) Diariamente ou quase diariamente
5. Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?  
( 0 ) Nunca ( 1 ) Menos que mensalmente ( 2 ) Mensalmente ( 3 ) Semanalmente ( 4 ) Diariamente ou quase diariamente
6. Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?  
( 0 ) Nunca ( 1 ) Menos que mensalmente ( 2 ) Mensalmente ( 3 ) Semanalmente ( 4 ) Diariamente ou quase diariamente
7. Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?  
( 0 ) Nunca ( 1 ) Menos que mensalmente ( 2 ) Mensalmente ( 3 ) Semanalmente ( 4 ) Diariamente ou quase diariamente
8. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?  
( 0 ) Nunca ( 1 ) Menos que mensalmente ( 2 ) Mensalmente ( 3 ) Semanalmente ( 4 ) Diariamente ou quase diariamente
9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?  
( 0 ) Nunca ( 1 ) Menos que mensalmente ( 2 ) Mensalmente ( 3 ) Semanalmente ( 4 ) Diariamente ou quase diariamente
10. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?  
( 0 ) Nunca ( 1 ) Menos que mensalmente ( 2 ) Mensalmente ( 3 ) Semanalmente ( 4 ) Diariamente ou quase diariamente

Total de pontos \_\_\_\_\_

**Escala de Sonolência Epworth**

Qual a probabilidade de você “cochilar” ou adormecer nas situações que serão apresentadas a seguir? Procure separar da condição de sentir-se somente cansado. Utiliza a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado para cada situação.

**0 = Nenhuma chance de cochilar 1 = Pequena chance de cochilar 2 = Moderada chance de cochilar 3 = Alta chance de cochilar**

Situação	0	1	2	3
a) Sentado e lendo.				
b) Vendo televisão.				
c) Sentado em lugar público sem atividade(sala de espera, cinema, reunião).				
d) Como passageiro de trem, carro ou ônibus, andando 1 hora sem parar.				
e) Deitado para descansar à tarde quando as circunstâncias permitem.				
f) Sentado e conversando com alguém.				
g) Sentado calmamente, após um almoço sem ingestão de bebida alcoólica.				
h) Se estiver de carro, enquanto pára por alguns minutos no trânsito intenso.				
<b>Total de Pontos:</b>				