



## **IMPORTANTE:**

**Além do Formulário de Anamnese Ocupacional preenchido (*páginas 2 e 3 - abaixo*), levar sua Carteira de Vacinação no dia agendado para realização do Exame Médico Admissional.**

**Secretaria de Administração**



## FORMULÁRIO DE ANAMNESE OCUPACIONAL

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO AVALIADO

Nome:		Data Nasc.:	
Endereço:	Núm./compl.	Bairro:	
Cidade/Estado:	Cargo:		

### 2. NATUREZA DO EXAME

- Pré-admissional  Periódico  Mudança de função  
 Retorno ao trabalho  Demissional

### 3. ANTECEDENTES FAMILIARES (Histórico de **DOENÇAS NA FAMÍLIA** Até 2º grau de parentesco)

Doenças endócrinas ( <i>diabetes, hipotireoidismo, etc</i> )	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Doenças/acidentes cardíacos ( <i>infarto, angina, hipertensão, etc.</i> )	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Doenças/acidentes neurológicos ( <i>AVC, aneurisma, etc.</i> )	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Transtornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Doenças imunológicas alérgicas ( <i>asma, rinite alérgica, dermatite atópica e outras alergias</i> )	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Doenças imunológicas autoimunes ( <i>diabetes mellitus tipo 1, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatóide, etc.</i> )	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Doenças imunológicas neoplásicas ( <i>câncer</i> )	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Outras doenças:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

### 4. ANTECEDENTES PESSOAIS

#### I. Histórico de Doenças Pretéritas/Atuais (Assinale quadros patológicos crônicos e/ou frequentes:)

Do Sistema Circulatorio (Cardiovascular)					
Hipertensão arterial:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Trombose/embolia:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Isquemia/infarto/ <i>angina pectoris</i> :	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Varizes:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Do Sistema Digestivo					
Doenças do esôfago/estômago/figado:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Doenças no intestino/reto/ânus:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Doenças na boca/dentes:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Intolerância(s) alimentar(es):	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Do Sistema Endócrino (Hormonal)					
Diabetes Mellitus:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Alteração na tireóide:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Do Sistema Imunitário e Doenças Infectocontagiosas					
Alergias:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Doenças autoimunes:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
DSTs :	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Infecções fúngicas ( <i>micoses</i> ):	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Infecções bacterianas ( <i>tuberculose, hanseníase, difteria, coqueluche, tétano e outras, exceto DSTs</i> ):	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			
Infecções virais ( <i>raiva, caxumba, rubéola, varíola, sarampo, catapora, e outras, exceto DSTs</i> ):	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim			

Do Sistema Locomotor					
Dores articulares:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Dores na coluna vertebral:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Dores musculares/nos tendões:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Deficiência/limitação física	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Doenças ósseas:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Cansaço/fadiga excessiva:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Do Sistema Nervoso					
Dores neurodegenerativas:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Doenças motoras:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Meningite:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	AVC/AVE ( <i>derrame</i> ):	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Do Sistema Respiratório					
Doenças nos pulmões/brônquios	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Doenças no nariz/orelha/garganta	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Do Sistema Reprodutor e Urinário					
Doenças no rins/vias urinárias:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Doenças no órgãos sexuais/mamas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Do Sistema Tegumentar					
Doenças de pele:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Doenças nos cabelos/unhas:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Dos Receptores Sensoriais					
Problema de visão:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Usa correção visual? ( <i>óculos/lentes</i> )	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Problemas de audição:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Usa aparelho auditivo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Outras doenças / Neoplasias (Câncer): \_\_\_\_\_



### Transtornos Mentais e Comportamentais

Transtornos alimentares:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Tabagismo / Dependência Química (Drogas / Álcool)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Transtornos de ansiedade (síndrome do pânico / fobia social / TOC / estresse)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Transtornos do sono (hipersonia / insônia / sonambulismo / pesadelos)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Transtornos do humor (depressão / transtorno bipolar / manias)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Sente necessidade ou desejo de fazer algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Outros transtornos:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

### II. Gravidez (SOMENTE PARA MULHERES)

Está grávida?  Não  Sim, Já teve parto?  Não  Sim:  Normal  Cesárea  Aborto

### III. Procedimentos de Saúde/Estéticos Já Realizados (assinalar os procedimentos e fornecer detalhes e datas)

Cirurgias:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Transfusões sanguíneas:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

### IV. Uso de Medicamentos

Faz uso regular de medicamentos?  Não  Sim: Quais?

### V. Suporte Social/Estatístico

Mora em casa própria?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Mora com:	<input type="checkbox"/> Familiar(es)	<input type="checkbox"/> Sozinho(a)	<input type="checkbox"/> Outros
Possui convênio médico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Já possuiu?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pratica esportes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estado civil:	Escolaridade:		<input type="checkbox"/> Fundam.	<input type="checkbox"/> Médio	Superior:	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto

### 5. ANTECEDENTES PROFISSIONAIS (Qual seu último emprego ou o atual?)

#### PREENCHER APENAS SE O TIPO DE EXAME FOR PRÉ-ADMISSÃO

Empresa:	Cargo:	Tempo:
Ficava exposto(a) a riscos conhecidos ?	<input type="checkbox"/> Físicos <input type="checkbox"/> Químicos <input type="checkbox"/> Biológicos <input type="checkbox"/> Ergonômicos <input type="checkbox"/> Acidentes	
Possui Doença(s) profissional(is)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?
Sofreu Acidente(s) de trabalho?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is)?

**"Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima expressam a verdade."**

São José do Rio Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Avaliado

### O TÓPICO A SEGUIR DEVE SER PREENCHIDO EXCLUSIVAMENTE PELO MÉDICO EXAMINADOR

### 6. EXAME MÉDICO E CONCLUSÃO

Peso:  kg Altura:  m Pressão arterial:  /  mmHg Imunizações atualizadas?  Sim  Não

Queixas do avaliado: \_\_\_\_\_

Sinais anormais encontrados: \_\_\_\_\_

Exames e avaliações solicitados: \_\_\_\_\_

Conclusão e conduta: \_\_\_\_\_

Declaro o candidato, para a função indicada:  Apto  Inapto  Apto com restrições  Apto com contraindicação à função

São José do Rio Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Médico Avaliador