


ANEXO VII - FORMULÁRIO PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DOS EXAMES MÉDICOS
EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº 004/2022
FORMULARIO PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DOS EXAMES MEDICOS

Identificação		
Nome:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data de Nascimento: / /	Idade: anos	

ANAMNESE OCUPACIONAL
História Ocupacional Pregressa

Setor	Cargo	Função	Tempo de trabalho	Uso de equipamento de proteção individual
				Não () Sim () Especificar: _____
				Não () Sim () Especificar: _____
				Não () Sim () Especificar: _____
Observações:				

Riscos ocupacionais presentes nos ambientes de trabalho prévios:		Especificar cargo
Químicos:	<input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Poeiras <input type="checkbox"/> Névoas <input type="checkbox"/> Vapores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fumos <input type="checkbox"/> Solventes <input type="checkbox"/> Hidrocarbonetos <input type="checkbox"/> Cimento <input type="checkbox"/> Ácidos <input type="checkbox"/> Álcalis	
Físicos:	<input type="checkbox"/> Ruído <input type="checkbox"/> Radiações Ionizantes <input type="checkbox"/> Radiações não <input type="checkbox"/> ionizantes <input type="checkbox"/> Vibração <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Umidade	
Biológicos:	<input type="checkbox"/> Vírus <input type="checkbox"/> Fungos <input type="checkbox"/> Bactérias <input type="checkbox"/> Protozoários <input type="checkbox"/> Parasitas	
Ergonômicos:	<input type="checkbox"/> Posturas Inadequadas <input type="checkbox"/> Movimento Repetitivo <input type="checkbox"/> Mobiliário Inadequado <input type="checkbox"/> Esforço Físico <input type="checkbox"/> Iluminação Inadequada	
Acidentes/Mecânicos:		

Acidente de Trabalho/Doença Ocupacional prévio:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Acidente Típico <input type="checkbox"/> Acidente de Trajeto <input type="checkbox"/> Doença Ocupacional	Período Ocorrido (provável) _____ mês/ _____ ano	
Houve afastamento?:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tempo de Afastamento: _____ dia(s)
Houve Emissão de CAT?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Houve Encaminhamento ao INSS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Descrição:		

▪ Antecedentes

Assinalar X em caso afirmativo e detalhar no campo observações

<input type="checkbox"/> Traumas	<input type="checkbox"/> Patologias do Ap. Genito-urinário	<input type="checkbox"/> Viroses da Infância
<input type="checkbox"/> Patologias do Sistema Hematológico	<input type="checkbox"/> Patologias do Sistema Nervoso	<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Patologias do Sistema Osteomuscular	<input type="checkbox"/> Patologias Psíquicas	<input type="checkbox"/> Diabetes ou glicemia elevada
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Dislipidemia
<input type="checkbox"/> Rinite	<input type="checkbox"/> Hérnia	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Outras Patologias do Ap.	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Patologias da Tireóide

<input type="checkbox"/> Respiratório		
<input type="checkbox"/> Patologias do Ap. Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Varizes de membros inferiores	<input type="checkbox"/> Hanseníase	<input type="checkbox"/> Internamentos clínicos
<input type="checkbox"/> Doenças do Aparelho. Córdio-Vascular	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Cirurgias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hemotransfusões
Uso de medicação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> para Diabetes <input type="checkbox"/> para colesterol alto		
<input type="checkbox"/> para obesidade <input type="checkbox"/> Usa outra medicação Especificar:		

Situação Vacinal (marcar se completo ou incompleto) [tétano e febre amarela 1 dose a cada 10 anos; hepatite B 3 doses]

Anti-Tetânica: Esquema Vacinal Completo () Esquema Vacinal Incompleto ()

Febre amarela: Esquema Vacinal Completo () Esquema Vacinal Incompleto ()

Anti-hepatite B Esquema Vacinal Completo () Esquema Vacinal Incompleto ()

Observações:

Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos (só para indivíduos do sexo feminino):

Menarca aos _____ anos. Ciclos Menstruais: Regulares Irregulares

Número de Gestações: _____ Número de Partos: _____ Número de Abortos: _____

Utiliza método contraceptivo: Não Sim: Especificar _____ Data da última menstruação
/ /

Observações:

Antecedentes Familiares

Doença	Grau de Parentesc o (1°, 2° ou 3°)	Doença	Grau de Parentesco (1°, 2° ou 3°)
<input type="checkbox"/> Hipertensão		<input type="checkbox"/> Patologias Psiquiátricas	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Patologias do Sistema Respiratório	
<input type="checkbox"/> Cardiopatia		<input type="checkbox"/> História de Atopia	
<input type="checkbox"/> Infarto		<input type="checkbox"/> Tuberculose	
<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral (derrame)		<input type="checkbox"/> Neoplasias	
<input type="checkbox"/> Patologia de Tireóide		<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Patologia do Sist. Nervoso			

Observações:

Hábitos de Vida

Tabagismo: <input type="checkbox"/> Não Fumante	<input type="checkbox"/> Fumante Fuma há _____ anos Quantidade: _____ unidades/dia	<input type="checkbox"/> Ex Fumante Fumou durante _____ anos Não fuma há _____ semanas () meses () anos () Quantidade usada: _____ unidades/dia
Uso de bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sim Bebe há _____ anos Consumo nas últimas semanas: Tipo de Bebida: _____	<input type="checkbox"/> Não Abstêmio há _____ semanas () meses () anos () Bebeu durante _____ anos Consumo/semana: Tipo de Bebida: _____
Uso de outras drogas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual (is)		
Atividade Física: <input type="checkbox"/> Nenhuma ou esporádico (sedentário) <input type="checkbox"/> Ativo (30 minutos/5 vezes semana) Especificar:		
Alimentação: Dieta Especial: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: Dieta rica em Gordura: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (≥5 vezes/semana) Dieta pobre em Fibra: <input type="checkbox"/> Não (ingere diariamente) <input type="checkbox"/> Sim (ingere < 1 vez/dia) Sal (Extra) Adicional: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre		
Ritmo de sono: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado Especificar:		
Lazer: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Esporadicamente <input type="checkbox"/> Frequentemente		

Local: _____ Data _____ / _____ / _____

Assinatura do candidato