

1.Dados Pessoais			
Nome:		Data nascimento:	
Nome da Mãe		CPF	
Cargo:		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 -
Internações hospitalares <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N, Cirurgias <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ou Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N: (especificar motivos e época)

Doenças / Tratamentos	
<i>Sistema Circulatório (Cardiovascular):</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Hipertensão Arterial (HAS) [] Não [] Sim 	<ul style="list-style-type: none"> Trombose/ Embolia [] Não [] Sim
Em tratamento regular: [] S [] N	Em tratamento regular: [] S [] N
<ul style="list-style-type: none"> Isquemia / Infarto / Angina pectoris [] Não [] Sim 	<ul style="list-style-type: none"> Outras doenças cardiovasculares [] Não [] Sim
Quando? Cite:	[] ativo [] passado Cite:
	Quando? Em tratamento regular: [] S [] N
<i>Sistema Digestório :</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Esôfago / Estômago / Fígado [] Não [] Sim 	<ul style="list-style-type: none"> Colon /Reto / Ânus [] Não [] Sim
Em tratamento regular: [] S [] N	Em tratamento regular: [] S [] N
Cite:	Cite:
<ul style="list-style-type: none"> Última consulta ao dentista [] Há menos de um ano [] Há mais de um ano 	
<i>Sistema Endócrino (hormonal):</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Mellitus [] Não [] Sim 	<ul style="list-style-type: none"> Alterações de Tireoide [] Não [] Sim
Em tratamento regular: [] S [] N	Em tratamento regular: [] S [] N
Obs.:	Cite:
<i>Sistema Imunitário/ Doenças infecciosas:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Alergias (a medicamentos, alimentos, contato, respiratória) [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N 	
Cite:	
<ul style="list-style-type: none"> Doenças Autoimunes [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N 	
Cite:	
<ul style="list-style-type: none"> Doenças infecciosas crônicas (Hepatites, HPV, VIH, outras) [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N 	
Cite: [] Prefiro NÃO especificar.	
<ul style="list-style-type: none"> Imunizações (vacinações): Vacinação completa, segundo calendário vacinal para adulto? [] sim [] não (ver anexo) [] não sei informar 	
<i>Sistema Locomotor (músculos, tendões, ossos, articulações, coluna)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N Cite: 	
<ul style="list-style-type: none"> DOR CRÔNICA [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N Cite: 	
<ul style="list-style-type: none"> Deficiência física (motora) 	
<i>Sistema Nervoso (Cérebro, tronco cerebral, pares cranianos, medula neural, nervos periféricos)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N Cite: 	
<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 [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N	Psiquiátrico [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] 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"> Rins / Vias urinárias (ureteres, bexiga, uretra) [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N Cite: 	<ul style="list-style-type: none"> Ginecológico [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N Cite: [] Prefiro NÃO especificar.
<ul style="list-style-type: none"> Aparelho reprodutivo masculino [] Não [] Sim. Em tratamento regular: [] S [] N Cite: [] Prefiro NÃO especificar. 	

<i>Visão / Audição</i>	
Alguns problemas de visão? [] Não [] Sim Usa Correção visual? [] S [] N Em tratamento regular: [] S [] N Cite:	
Alguns problemas 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"> Pulmões/ Brônquios [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N Cite: 	<ul style="list-style-type: none"> Nariz, orelhas, garganta, seios nasais [] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N Cite:
<i>Outros</i>	
[] Não [] Sim Em tratamento regular: [] S [] N Cite:	

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

5. EXAME FÍSICO

- A PARTIR DESTA TÓPICO, O FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO EXCLUSIVAMENTE PELO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME -

Altura (m)		Peso (Kg)		IMC (Peso/Altura ²)		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

- especificar apenas resultados significativos -

7. Conclusões e Recomendações

S.Framingham: Risco DAC	idade	Colesterol total	HDL-Colest.	Tabagismo	DM	Pressão Arterial	Risco (ver tabela anexa)		
							Baixo	Médio	Alto
IMC	<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:		
Conclusão:							Recomendação:		
Conclusão:							Recomendação:		
Conclusão:							Recomendação:		
Conclusão:							Recomendação:		
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 considere 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 do MPU? 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.				
Total de Pontos:				