

GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO

QUESTIONÁRIO – EXAME ADMISSIONAL CONFIDENCIAL

Nome do Candidato:		
CPF:	RG:	Concurso:

Cargo para o qual se candidata: _____
Provimento do Cargo: () Efetivo () Comissionado () Outro/Descrever : _____
Lotação: _____

Data de Nascimento: / /	Sexo: F () M ()	Estado Civil:
-------------------------------	-------------------	---------------

Assinale respostas de todos os quesitos abaixo, dúvidas sobre alguma pergunte ao médico durante seu exame.

Perguntas:	Sim	Não	Não Sei
01- Tem doença oftalmológica?	()	()	()
02- Tem dificuldade para enxergar?	()	()	()
03- Usa óculos por indicação médica?	()	()	()
04- Tem problemas de audição?	()	()	()
05- Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?	()	()	()
06- Dorme bem?	()	()	()
07- Tem algum tipo de alergia?	()	()	()
08- Tem doença dermatológica?	()	()	()
09- Sua pele tem alguma anormalidade?	()	()	()
10- Sente falta de ar?	()	()	()
11- Tem pressão alta?	()	()	()
12- Já eliminou sangue nas suas fezes?	()	()	()
13- Tem habitualmente dores nas juntas?	()	()	()
14- As suas juntas habitualmente incham?	()	()	()
15- Tem ou teve inchaço (edema) nas pernas?	()	()	()
16- Tem ou teve dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	()	()	()
17- Tem ou teve alguma parte do corpo paralisada?	()	()	()
18- Já ficou alguma vez “sem sentido” (desmaiou)?	()	()	()
19- Teve convulsões?	()	()	()
20- Perdeu alguma vez sangue ou albumina pela urina?	()	()	()
21- Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis?	()	()	()
22- Já foi tratado(a) de algum tumor?	()	()	()
23- Já fez algum procedimento cirúrgico?	()	()	()
Se sim descreva a cirurgia:			
24- Tem ou teve alguma ferida séria?	()	()	()
25- Já sofreu algum acidente sério?	()	()	()
26- Fuma?	()	()	()
27- Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?	()	()	()
29- Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?	()	()	()
30- Tem faltado ao trabalho anterior por motivo doença?	()	()	()
31- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	()	()	()
32- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente?.	()	()	()
<i>Rubrica</i>			

Perguntas:	Sim	Não	Não Sei				
33- Na sua família algum membro faz tratamento psiquiátrico/psicológico?	()	()	()				
34- Caso afirmativo houve necessidade de internação?	()	()	()				
35- Tem feito uso habitual ou contínuo de algum medicamento?	()	()	()				
Se sim qual:							
36- No momento está fazendo algum tratamento médico?	()	()	()				
Se sim, especificar:							
Você é portador de alguma das doenças abaixo:							
37- Cardíaca?	()	()	()				
38- Asma?	()	()	()				
39- Tuberculose?	()	()	()				
40- Bronquite?	()	()	()				
41- Doença do aparelho gastrointestinal?	()	()	()				
42- Doença do fígado ou hepatite?	()	()	()				
43- Hérnia?	()	()	()				
44- Doença do pâncreas?	()	()	()				
45- Diabetes?	()	()	()				
46- Doença neoplásica?	()	()	()				
47- Doença dos Rins?	()	()	()				
48- Reumatismo?	()	()	()				
Você sente:							
49- Dores nas costas?	()	()	()				
50- Dores nos ombros, braços ou mãos?	()	()	()				
51- Dores nas pernas ou nos pés?	()	()	()				
Antecedentes Familiares – Seus familiares diretos têm ou tiveram alguma das doenças abaixo:							
Doença	Sim	Não	Parentesco	Doença	Sim	Não	Parentesco
52- Diabetes				57- Cardiopatia			
53- Hipertensão				58- Neoplasia			
54- Distúrbio mental				59- Surdez			
55- Alcoolismo				60- Tuberculose			
56- Asma				61- Alergia			
Antecedentes Ocupacionais / Perguntas							
62- Já sofreu algum acidente de trabalho?	()	()	()				
63- Já sofreu alguma doença do trabalho ou profissional?	()	()	()				
64- Qual foi a sua ocupação anterior?							
65- A seu ver, tem alguma condição de saúde que o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Qual?							
66- Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante?							
67- Considerando as respostas positivas (Sim) aos quesitos anteriores, julga-se APTO (A) a exercer o cargo a que se propõe?							

Termo de Responsabilidade: Declaro que as informações prestadas no questionário que preenchi são verdadeiras e ainda saber que qualquer omissão ou doença não comunicada, poderá me imputar sanções legais ou penalidades jurídicas, já que fazem parte do conjunto de elementos que compõem a avaliação de meu estado de saúde. Concordo e assino abaixo.

Local/ Data

Assinatura

INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO EXAMINADOR

Anamnese:			
Exame Físico:			
	<table border="1"> <tr> <td>Peso:</td> <td>Altura:</td> </tr> </table>	Peso:	Altura:
Peso:	Altura:		
Aparelho Áudio Visual:			
Cabeça e Pescoço:			
Aparelho Cardiorrespiratório:			
	<table border="1"> <tr> <td>P.A.:</td> <td>Pulso:</td> </tr> </table>	P.A.:	Pulso:
P.A.:	Pulso:		
Abdômen:			
Coluna Vertebral:			
Membros Superiores:			
Membros Inferiores:			
Observações:			

Conclusão de Exames realizados (somente para cargos de provimento efetivo):

Data Exame	Exame	Resultado	Assinatura
	Ácido Úrico		
	BT, BI, BD		
	COP (Papanicolau) para mulheres		
	Eletrocardiograma		
	Eletroencefalograma		
	Glicemia		
	Hemograma		
	IF. para T. Cruzei		
	Laudo Psiquiátrico	()apto ()inapto	
	Lipidograma		

	Mamografia (mulheres acima de 35 anos)		
	Oftalmológico		
	Potássio		
	PSA (homens acima de 40 anos)		
	Raio X do tórax		
	Sódio		
	Sorologia completa para hepatites A; B e C		
	Sorologia para HIV (não obrigatório)		
	T3		
	T4		
	TGO		
	TGP		
	TSH		
	Ultra-sonografia de adômen total		

Data ____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura do Médico