

# Ficha Clínica

Nome Da Empresa: \_\_\_\_\_

Nome Do Paciente: \_\_\_\_\_ Tipo De Exame: \_\_\_\_\_ Data do Exame \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº DOC. ( ) R.G ( ) CPF ( ) CTPS: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Função Anterior: \_\_\_\_\_

Função Atual: \_\_\_\_\_

Setor De Atuação: \_\_\_\_\_

Visto Do Funcionário: \_\_\_\_\_

HO:  
Para PER. e DEM.

Há quanto tempo na empresa: \_\_\_\_\_

Quais funções: \_\_\_\_\_

Para ADM.

Qual a última empresa: \_\_\_\_\_

Por Quanto Tempo: \_\_\_\_\_

Qual função: \_\_\_\_\_

Para Todos.

Doença Ocupacional, ( ) Refere ( ) Nega Qual \_\_\_\_\_

Acidente do Trabalho ( ) Refere ( ) Nega \_\_\_\_\_

Afastamento INSS ( ) Refere ( ) Nega \_\_\_\_\_

2º Emprego ( ) Refere ( ) Nega \_\_\_\_\_

HMA:

Queixas atuais de saúde: ( ) Refere ( ) Nega \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos contínuo ou atual: ( ) Refere ( ) Nega \_\_\_\_\_

Cirurgia anterior ( ) Refere ( ) Nega \_\_\_\_\_

Fratura anterior ( ) Refere ( ) Nega \_\_\_\_\_

Internamento anterior ( ) Refere ( ) Nega \_\_\_\_\_

Vacinação \_\_\_\_\_

Mulheres: G\_\_ / P\_\_ / C\_\_ / A\_\_ DUM \_\_\_\_\_ Anticoncepção \_\_\_\_\_

Preventivo: ( ) Em dia \_\_\_\_\_ ( ) A trasado \_\_\_\_\_

HMP:

Comorbidades:

- |                                  |  |  |   |
|----------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> HAS     | <input type="checkbox"/> Reumatismo            | <input type="checkbox"/> Dist. Na Coluna                 | <input type="checkbox"/> Déficit Auditivo |
| <input type="checkbox"/> DM      | <input type="checkbox"/> Dist. Tireóide        | <input type="checkbox"/> Dist. Quad. Joelho-Torn. (MMII) | <input type="checkbox"/> Déficit Visual   |
| <input type="checkbox"/> Asma    | <input type="checkbox"/> Tb.                   | <input type="checkbox"/> Dist. Ombro-Cot-Pulso (MMSS)    | <input type="checkbox"/> Obesidade        |
| <input type="checkbox"/> Rinite  | <input type="checkbox"/> Doenças Psiquiátricas | <input type="checkbox"/> Def. Físico                     | <input type="checkbox"/> Outras           |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Epilepsia             |  |   |
- 
- 

CHV

Tabagismo  Refere  Nega  Ex \_\_\_\_\_ Cigarros por dia, há \_\_\_\_\_ anos. P ou há \_\_\_\_\_ anos.

Outras Drogas  Refere  Nega \_\_\_\_\_

Etilismo  Refere  Nega O que \_\_\_\_\_ Quando \_\_\_\_\_

Atividades Físicas  Refere  Nega \_\_\_\_\_

HMF

DM \_\_\_\_\_  HAS \_\_\_\_\_

Doença Cardíaca \_\_\_\_\_  Câncer \_\_\_\_\_

---

EXAME FÍSICO:

Estado Geral \_\_\_\_\_

PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Inspeção Geral \_\_\_\_\_

Prec \_\_\_\_\_ CPP \_\_\_\_\_

Abd \_\_\_\_\_

Coluna \_\_\_\_\_

MMSS \_\_\_\_\_

MMII \_\_\_\_\_

---

EX. COMPLEMENTARES

Audio  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Raio-X \_\_\_\_\_  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Espiro  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lab \_\_\_\_\_  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Acuidade  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

---

PRESCRIÇÕES

---

---

APTO PARA FUNÇÃO  INAPTO PARA A FUNÇÃO

APTO COM RESTRIÇÕES \_\_\_\_\_

---

---

Ass. do Paciente

Ass. do Médico