

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