

## ANAMNESE PRÉ-ADMISSÃO

**ATENÇÃO: O CANDIDATO DEVE PREENCHER ATÉ O ÍTEM 4.13 E NO VERSO ASSINAR!**

1. DADOS PESSOAIS			
Nome:			
CPF:		Telefone:	
Endereço atual:		Nº/BL/APTº.:	
Bairro:		Cidade/Estado:	
E-mail:		Data Nascimento:	
Filiação:			
Candidato ao cargo de:		Secretaria/Órgão:	
Já possuí vínculo público? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Órgão? _____ Cargo? _____			
Admissão ___/___/___ Estágio Probatório? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Contrato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Readaptado/Remanejado(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Possuí vínculo privado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual instituição? _____			
Cargo? _____ Admissão ___/___/___ É Reabilitado(a) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

2. REVISÃO DE HÁBITOS			
Tabagismo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	[ ] Já fez uso? Quanto tempo? _____ Cigarros/dia _____ Por quantos anos? _____
Exercício Físico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	[ ] Irregularmente Regularmente <input type="checkbox"/> < 150 minutos/semana <input type="checkbox"/> >150 minutos/semana Alguma restrição medica a exercícios? _____
Ingere Bebida Alcoólica?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Dose /semana? _____ Por quantos anos? _____
Faz uso de Drogas?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	

3. HISTÓRICO FAMILIAR (PARENTES ATÉ 2º GRAU)
Especificar doença e relação de parentesco, se não houver, <b>assinalar a última opção e responder NÃO.</b>
<input type="checkbox"/> Câncer (Próstata, Mama, Cólon, Reto, Ovário, outros):
<input type="checkbox"/> Infarto ou AVC:
<input type="checkbox"/> Doenças Neurológicas, Mentais ou Psiquiátricas:
<input type="checkbox"/> Glaucoma:
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus:
<input type="checkbox"/> Doença Renal:
<input type="checkbox"/> Outras doenças recorrentes na família:

4. HISTÓRIA PATOLÓGICA/INTERROGATÓRIO SISTÊMICO - Especificar motivos e época ao lado de cada ítem.
Internações hospitalares <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cirurgias <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>“DOENÇAS/TRATAMENTO”</b>
<b>4.1 - NEOPLASIAS (CÂNCER):</b>
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Em tratamento regular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cite:

**4.2 - SISTEMA RESPIRATÓRIO:**Pulmões / Brônquios:  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:Asma:  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  NãoNariz, gargantas, seios nasais:  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:Rinite:  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  NãoCordas Vocais:  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  NãoEm tratamento Fonoaudiológico regular:  Sim  Não**4.3 - SISTEMA CIRCULATÓRIO (Cardiovascular):**Hipertensão Arterial (HAS)  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  NãoTrombose/ Embolia  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  NãoInfarto/ Angina pectoris  Sim  Não - Quando? - Cite:Outras doenças cardiovasculares  Sim  Não  ativo  passado - Cite:  
Quando? Em tratamento regular  Sim  Não**4.4 - SISTEMA DIGESTÓRIO:**Esôfago/Estômago/Fígado  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:Cólon/Reto/Ânus  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:Última consulta ao dentista  Há menos de um ano  Há mais de um ano**4.5 - SISTEMA ENDÓCRINO (hormonal):**Diabetes Mellitus  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Obs.:Alterações de Tireoide  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:**4.6 - SISTEMA IMUNOLÓGICO/DOENÇAS INFECCIOSAS - Alergias (a medicamento, alimento, contato, respiratória):** Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:**Doenças Autoimunes:**  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:**Doenças infecciosas crônicas (Hepatites, HPV, VIH, Sífilis, Tuberculose, Outras):**  Sim  NãoEm tratamento regular  Sim  Não - Cite:**Imunizações:** Vacinação completa, segundo calendário vacinal para adulto?  Sim  Não  Não sei informar**4.7 - SISTEMA LOCOMOTOR (músculos, tendões, ossos, articulações, coluna):** Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:**Dor crônica:**  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:**4.8 - SISTEMA NERVOSO (Cérebro - AVC, tronco cerebral, pares cranianos, medula neural, nervos periféricos):** Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Cite:**Psicológico:**  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não**Psiquiátrico:**  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Droga que usa?**4.9 - SISTEMA URINÁRIO E REPRODUTIVO:**Rins/Vias urinárias (ureteres, bexiga, uretra):  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não

Cite:

Aparelho reprodutor feminino:  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Prefiro Não especificar Aparelho reprodutor masculino:  Sim  Não - Em tratamento regular  Sim  Não - Prefiro Não especificar

**4.10 - VISÃO:** Algum problema [ ] Sim [ ] Não - Usa Correção visual [ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não

Cite:

**4.11 - AUDIÇÃO:** Algum problema [ ] Sim [ ] Não - Usa aparelho [ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não

Cite:

**4.12 - SISTEMA TEGUMENTAR (pele, cabelos, pelos e unhas):**

[ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não - Cite:

**4.13 - USO DE MEDICAMENTOS:**

Regular ou frequente: [ ] Sim [ ] Não – Cite:

**5. EXAME FÍSICO (PREENCHIDO EXCLUSIVAMENTE PELO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME):**

Altura (m):	Peso (kg):	Pressão Arterial:	Temperatura:
<b>Pele e fâneros</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Gânglios</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Orelhas/Nariz/Boca/ Orofaringe</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Pescoço</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Sist. Respiratório</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Sist. Cardiovascular</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Abdome</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Sist. Locomotor</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Sist. Nervoso</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Ap. Gênito urinário</b>	[ ]Sem alterações significativas	[ ] Alterações:	
<b>Outras Alterações:</b>			

**6. EXAMES COMPLEMENTARES - Especificar apenas resultados significativos.**


## **CONCLUSÃO SOBRE APTIDÃO PARA EXERCÍCIO DE CARGO PÚBLICO**

Em decorrência das informações prestadas pelo indivíduo examinado, do exame físico e da análise dos exames complementares que considere pertinentes, concluo que o paciente:

[ ] Não apresenta, no momento, alteração/agravo à saúde física ou mental que o impeça de desempenhar as atividades decorrentes das atribuições básicas do cargo de:

\_\_\_\_\_

[ ] Apresenta alteração/agravo à saúde física ou mental que o impede desempenhar as atividades decorrentes das atribuições básicas do cargo de:

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico: \_\_\_\_\_

Número do CRM e UF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSINATURA DO CANDIDATO:** \_\_\_\_\_