

SD2000 Anamnese ocupacional informatizada

Tipo de Exame (admissional, periódico, mudança de função, retorno ao trabalho, demissional):

1. Registro Básico do Atendimento:

- a) Nome do empregado:
- b) Matrícula:
- c) Data: / /
- d) Nome do médico realizador do exame:
- e) CRM do médico realizador do exame:
- f) Local de realização do exame médico:

2. Dados Vitais e Antropométricos:

- a) Temperatura:
- b) Frequência cardíaca:
- c) Frequência Respiratória:
- d) Pressão arterial: X
- e) Altura:
- f) Peso:
- g) Circunferência Abdominal:
- h) Medida da cintura:
- i) Medida do quadril:

3. Antecedentes de saúde:

3.1) Antecedentes Pessoais: (descrever livremente)

A) Consumo de Medicamentos:

- 1) Fez uso de algum medicamentos nos últimos 6 meses? () Sim () Não
- 2) Frequência de uso deste medicamento: () Contínua () Eventual
- 3) Detalhar medicamentos utilizados:
- 4) Diagnósticos: (CIDs)

- 5) Sono: () Normal () Anormal
- 6) Descreva as possíveis anormalidades do sono:

B) Antecedentes Ginecológicos:

- 1) Menarca: anos 2) Menopausa: anos
- 3) Método contraceptivo:

- 4) Ciclos menstruais: () regulares () irregulares
5) Fez retirada dos ovários? () sim () não
6) Sangramento intermenstrual? () sim () não
7) Cólica? () sim () não () às vezes
8) Corrimento genital? () sim () não
9) Problemas nos seios? () sim () não
10) Está grávida? () sim () não
11) Notificação de gravidez : / /
12) Previsão do parto: / /
13) Antecedentes obstétricos (número): Gestações:
Partos normais: Cesáreas: Fórceps: Aborto:
Data do último parto: / /

3.2) Antecedentes Sociais:

1) Atividade Física:

A) Caminhada

Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

Número de dias por semana:

Tempo médio por dia:

B) Moderada (ex. bicicleta, nadar como lazer, ginástica aeróbica leve, dança, musculação)

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos? (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA). Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Número de dias por semana:

Tempo médio por dia:

C) Vigorosa (ex. correr, ginástica aeróbica pesada, basquete, futebol)

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos? Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

Número de dias por semana:

Tempo médio por dia:

2) Tabagismo: () ex-fumante () fumante () não fumante

Fuma há quantos anos?
Fumou durante quantos anos?

Há quanto tempo parou de fumar?

O que fumava? () cigarro () charuto () cachimbo ()

outros Quantidade diária que consumia

Quantidade diária que consome

3) Etilismo:

A) Toma bebida alcoólica?

() nunca () 1x/mês () 2-4x/mês

() 2-3x/semana () diariamente ou quase

B) Doses ao dia:

() 1-2 doses () 3-4 doses () 5-6

doses () 7-9 doses () Mais de 10

doses

C) Você costuma tomar 6 ou mais doses em uma mesma

ocasião ? () nunca () menos de uma vez/mês ()

Mensalmente

() Semanalmente () diariamente

3.3) Antecedentes Familiares:

A) Pai: Estado de saúde () doente () falecido () ignorado ()

sadio Idade:

Saúde (CIDs):

B) Mãe: Estado de saúde () doente () falecido () ignorado ()

sadio Idade:

Saúde (CIDs):

C) Irmão 1: Estado de saúde () doente () falecido () ignorado ()

sadio Idade:

Saúde

(CIDs):

D) Irmão 2: Estado de saúde () doente () falecido () ignorado ()

sadio Idade:

Saúde

(CIDs):

E) Irmão 3: Estado de saúde () doente () falecido () ignorado ()

sadio Idade:

Saúde

(CIDs): Registro complementar:

4) História Clínica/Avaliação Ocupacional:

A) História Clínica/Queixas:

B) Avaliação Ocupacional:

1) O trabalho satisfaz? () não () sim

2) Exige esforço físico? () não () sim

3) Atenção concentrada? () não () sim

- 4) Manuseia instrumentos? () não () sim
- 5) Trabalha com produtos químicos? () não () sim
- 6) Exposição a ruídos ? () não () sim
- 7) Exposição a gases ? () não () sim
- 8) Exposição a temperaturas extremas ? () não () sim
- 9) Exposição a solventes? () não () sim
- 10) Exposições especiais? () não () sim
- 11) Usa EPI? () não () sim
- 12) Sofreu acidente de trabalho? () não () sim
- 13) Exposição a posturas forçadas no trabalho? () não () sim
- 14) Boas condições de higiene? () não () sim
- 15) Bom relacionamento com a chefia? () não () sim

Registro complementar (descreva os detalhes que julgar necessário sobre a Avaliação Ocupacional):

5) Exame Físico:

- 1) Aspecto Geral : () normal () alterado
- 2) Pele/Tecido subcutâneo/Mucosa: () normal () alterado
- 3) Pescoço: () normal () alterado
- 4) Sistema Cardiovascular: () normal () alterado
- 5) Sistema Respiratório: () normal () alterado
- 6) Sistema Musculoesquelético: () normal () alterado
- 7) Psiquismo: () normal () alterado
- 8) Postura: () normal () alterado
- 9) Segmento cefálico: () normal () alterado
- 10) Tórax e mamas: () normal () alterado
- 11) Abdômen: () normal () alterado
- 12) Sistema Nervoso: () normal () alterado
- 13) Extremidades: () normal () alterado

Registro complementar: (descreva as alterações encontradas)

6) Conclusão do Exame Ocupacional:

Data: / /

Relatório Anual: () Normal () Anormal clínico () Anormal ocupacional () Inconcluso

() Apto para a função () Inapto para função

() Apto para trabalho em altura (NR35) () Inapto para trabalho em altura (NR35) () Apto para espaço confinado (NR33) () Inapto para trabalho em altura (NR33) () Apto para porte de arma () Inapto para porte de arma
() Apto para brigada de emergência () Inapto para brigada de emergência () Apto para embarque () Inapto para embarque

Observações/Orientações:

Local, Data, Assinatura do Médico Examinador

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Empresa: Petróleo Brasileiro S/A – Petrobras**Endereço:**

Em cumprimento à lei estadual 6541/77, artigo 168 1º e 3º e portaria nºs 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 e 8/96 NR 7 do Ministério do Trabalho para fins de exame:

☐ **Admissional** ☐ **Periódico** ☐ **Demissional** ☐ **Retorno ao trabalho** ☐ **Viagem**

Atesto que o sr(a): _____

Idade: _____ ANOS Matrícula _____ Cargo: _____

Foi submetido (a) aos exames e está sujeito aos riscos abaixo relacionados

RISCOS OCUPACIONAIS:

() **Sem risco detectável**

EXAMES REALIZADOS

<i>Exame</i>	<i>Data</i>	<i>Exame</i>	<i>Data</i>
Exame Clínico		RX de tórax	
Colesterol total		Audiometria	
Colesterol HDL		Eletrocardiograma	
Colesterol LDL		Teste Ergométrico	
TGO		Eletroencefalograma	
TGP		Mamografia	
Gama GT		Glicemia	
Triglicérides		Ácido úrico	
Leucograma		PSA	
Glicemia		Urina tipo I	
Ácido úrico		Eritrograma	
PSA		Espirometria	
Urina tipo I			

<input type="checkbox"/> Apto NR7	<input type="checkbox"/> Inapto NR7	<input type="checkbox"/> Não se aplica NR33
<input type="checkbox"/> Apto NR33	<input type="checkbox"/> Inapto NR33	<input type="checkbox"/> Não se aplica NR35
<input type="checkbox"/> Apto NR35	<input type="checkbox"/> Inapto NR35	<input type="checkbox"/> Não se aplica porte de armas
<input type="checkbox"/> Apto para porte de armas	<input type="checkbox"/> Inapto para porte de armas	<input type="checkbox"/> Não se aplica trabalho a bordo
<input type="checkbox"/> Com condições física e mental adequadas p/ o trabalho a bordo (artigo 1º da port. nº 69/DPC, DE 13/04/2011)		
<input type="checkbox"/> Com condições física e mental adequadas p/ exercer atividade de brigada de emergência		

, de 201____

Recebi a 2ª via
(visto do empregado(a)/candidato(a))

Dr. xxxx
CRM
Médico Coordenador do PCMSO

Assinatura e Carimbo Médico Examinador
Nome e CRM do Médico (legível)

Clínica: _____
Endereço: _____