

CENTRALAB- Clínica Dr. Hugo Azancot de Menezes**MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS FOR WORKING FITNESS
CERTIFICADO MÉDICO DE APTIDÃO DE TRABALHO**

Nome <i>Name</i>	Antonio		
Data de Nascimento <i>Date of Birth</i>	1995-10-01		
Companhia <i>Company Name</i>	GoldenTulip		
Função <i>Occupation</i>	Empregado		
<div><input type="checkbox"/> Apto/<i>Fit</i><input type="checkbox"/> Onshore</div> <div><input type="checkbox"/> Inapto Temporariamente/<i>Temporarily Unfit</i><input type="checkbox"/> OffShore</div> <div><input type="checkbox"/> Inapto Definitivamente/<i>Definitely Unfit</i></div>			
Nome do Médico: <i>Physician Name</i>	Dra. Aida de Menezes <i>Especialista em Medicina do Trabalho</i>	Médica Assistente: <i>Attending Physician</i>	
Nº Ordem:	OMA: 2645	Nº Ordem:	OMA:
Data do Exame: <i>Date of Examination</i> Emissão/Issue: LUANDA		Válido até: <i>Valid until</i>	
Assinatura: <i>Signature:</i>			

1. FICHA DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente: Antonio

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 1995-10-01

Altura: 1,82

Idade: 28

Peso: 90

2. HISTÓRICO MÉDICO

Histórico médico (assinalar as casas apropriadas) -☐ Hipertensão Arterial☐ Epilepsia☒ Doença articular crónica
inflamatória☐ Patologia cardíaca☐ AVC☐ Problemas músculo-
esqueléticos☐ Doença cardiovascular☐ Enxaquecas☐ Diabetes☐ Fracturas☐ Glaucoma☒ Asma☒ Cancro

-Tipo: 3333

-Data de diagnóstico: 2023-08-27

-Data de fim de tratamento 2023-08-31

☒ Patologia psiquiátrica:☐ Outros

-Quais:

☐ Nenhuma das anteriores

Para as mulheres:1. Gravidez (es): ☐SIM ☐NÃO

Se SIM, quantas e se se verificaram complicações:

Factores de risco:2. Tabaco: ☐SIM / ☐NÃO

Se SIM, número de maços/ano:

3. Álcool: ☐SIM / ☐NÃO

Se SIM, quantidade/dia:

4. Drogas (canábias, cocaína, etc.): ☐SIM / ☐NÃO5. Alguma vez foi hospitalizado: ☐SIM / ☐NÃO

Se SIM, porquê e quando:

6. Consultou médico nos últimos 12 meses: ☐SIM / ☐NÃO

Se SIM, porquê e quando:

7. Cirurgias: ☐SIM / ☐NÃO

Se SIM, quais e quando:

8. Alguma vez teve uma reacção adversa à anestesia durante uma intervenção cirúrgica, ou uma reacção adversa após consulta no dentista: ☐SIM / ☐NÃO

Se SIM, quais e quando:

9. Alguma vez teve reacções alérgicas: ☐SIM / ☐NÃO

Se sim, queira indicar a causa:

10. É alérgico a algum destes medicamentos?

☐Penicilina☐Sulfamida☐Outros☐Iodo☐Morfina☐Lidocaína☐Quinino

Quais:

11. Toma medicamentos: ☐SIM / ☐NÃO

Se SIM, nome internacional dos medicamentos:

Dosagem:

Quantidade/dia:

Motivo da toma do medicamento/indicação:


12. Tem uma tosse persistente há mais de uma semana: ☐SIM / ☐NÃO

13. Alguma vez teve suores nocturnos inexplicados: ☐SIM / ☒NÃO

14. Alguma vez teve uma perda de peso repentina inexplicada: ☐SIM / ☒NÃO

15. Doou sangue nos últimos 12 meses: ☐SIM / ☒NÃO

3. QUESTIONÁRIO DE EXPOSIÇÃO AOS PERIGOS

	 Riscos físicos	Riscos potenciais	Meios de prevenção	Supervisão, exames a efectuar	Frequência dos exames
<input type="checkbox"/>	Trabalho em zonas barulhentas com mais 85 dB(A)	Ultrapassagem do limite, perda de audição	Dupla protecção auditiva	Audiograma no recrutamento	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Trabalhos com manuseio de máquinas vibratórias	Síndrome de vibração de mãos-pés, síndrome do canal cárpico	Redução do tempo de trabalho, substituição por ferramentas	Exame clínico	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Soldadura	Fumos tóxicos, radiação não ionizante	EPI específico, ventilação local por aspiração	Hemograma PFR RX Tórax	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Trabalho em espaço confinado	Gases tóxicos, esforço físico importante	ARI se necessário, Autorização de Trabalho, supervisão	Exame clínico Hemograma PFR RX Tórax ECG	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Trabalho em altura	Quedas, esforço físico importante	Autorização de trabalho, protecção anti-queda	Exame clínico do equilíbrio (vestibulo, ouvido, olhos) ECG	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Deslocação em avião	Trombose venosa profunda	Exercícios, hidratação meias de contenção se voo > 6 h	Exame clínico	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Deslocação em helicóptero	Barulho, vibrações, trombose venosa profunda	Protecção auditiva, HUET, indução de segurança antes do embarque	Exame clínico	Anual

<input checked="" type="checkbox"/>	Deslocação em fast crew boat	Vibrações, quedas	Uso do EPI, manter-se na armadura, seguir as instruções da tripulação	Exame clínico	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Mergulho submarino	Acidentes de descompressão, patologias ORL, etc	Formação sobre os riscos	Certificado de aptidão por um médico com certificação hiperbárica	6 meses ou em função da recomendação do centro
<input checked="" type="checkbox"/>	Manuseio de substâncias químicas	Exposição aos tóxicos cancerígenos	VLEP, EPI, ventilação local por aspiração	Exame clínico Hemograma Análise hepática	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Manuseamento e elevações manuais	Distúrbios músculo-esqueléticos	Aparelhos de elevação mecânica, formação	Exame clínico	Anual
<input type="checkbox"/>	Trabalho de escritório/com ecrã	Fadiga Visual	Formação sobre ergonomia, uso de correcções adaptadas	Exame clínico visual	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Trabalho em ambiente quente	Desidratação, hipertemia	Pausas frequentes, reidratação	Exame clínico	Anual
<input checked="" type="checkbox"/>	Manuseio de alimentos	Doenças ligadas à ingestão de água e alimentos, contaminados, transmissão de germes através das mãos	Especificações sobre a restauração e auditorias frequentes, lavagem das mãos	Exame clínico e coprocultura	Semestralmente
<input checked="" type="checkbox"/>	Actos médicos, primeiros socorros, contactos com resíduos biológicos	Contacto com patogénios, riscos biológicos	EPI, máscara, luvas, óculos, vacinas	Exame clínico, serologia hepatite B, C, VIH, verificação das vacinas	Anual
<input type="checkbox"/>	Outros				

4. EXAME CLÍNICO

O paciente deve estar isento de qualquer sintomatologia neurológica, psíquica, cardiovascular, respiratória, abdominal, nefro-urológica, ORL, musculo-esquelética, cutânea, dentária (**os dentes devem estar sãos ou tratados**). Em caso de sintomas aparentes, queira especificar.

DANIEL