

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

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

## 1. FICHA DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE

**Nome do paciente:****Sexo:****Data de nascimento:****Altura:****Idade:****Peso:**

## 2. HISTÓRICO MÉDICO

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial  | <input type="checkbox"/> Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Doença articular crónica |
| <input type="checkbox"/> Patologia cardíaca    | <input type="checkbox"/> AVC        | inflamatória                                      |
| <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular | <input type="checkbox"/> Enxaquecas | <input type="checkbox"/> Problemas músculo-       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Fracturas  | esqueléticos                                      |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma              | <input type="checkbox"/> Asma       |   |

☐ Cancro**-Tipo:****-Data de diagnóstico:****-Data de fim de tratamento:**☐ Patologia psiquiátrica:☐ Outros**-Quais:**☐ Nenhuma das anteriores

1. Gravidez (es): ☐ SIM ☐ NÃO

**Se SIM, quantas e se se verificaram complicações:**

2. Tabaco: ☐ SIM ☐ NÃO

**Se SIM, número de maços/ano:**

3. Álcool: ☐ SIM ☐ NÃO

**Se SIM, quantidade/dia:**

4. Drogas (canábias, cocaína, etc.): ☐ SIM ☐ NÃO

5. 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

☐ Iodo

☐ Lidocaína

☐ Sulfamida

☐ Morfina

☐ Quinino

☐ Outros

**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

	Perigos 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 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 type="checkbox"/>	Soldadura	Fumos tóxicos, radiação não ionizante	EPI específico, ventilação local por aspiração	Hemograma PFR RX Tórax	Anual
<input 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 type="checkbox"/>	Trabalho em altura	Quedas, esforço físico importante	Autorização de trabalho, protecção anti-queda	Exame clínico do equilíbrio (vestíbulo, ouvido, olhos) ECG	Anual
<input type="checkbox"/>	Deslocação em avião	Trombose venosa profunda	Exercícios, hidratação meias de contenção se voo > 6 h	Exame clínico	Anual
<input type="checkbox"/>	Deslocação em helicóptero	Barulho, vibrações, trombose venosa profunda	Protecção auditiva, HUET, indução de segurança antes do embarque	Exame clínico	Anual
<input 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 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

	Perigos físicos	Riscos potenciais	Meios de prevenção	Supervisão, exames a efectuar	Frequência dos exames
<input type="checkbox"/>	Manuseio de substâncias químicas	Exposição aos tóxicos cancerígenos	VLEP, EPI, ventilação local por aspiração	Exame clínico Hemograma Análise hepática	Anual
<input 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 type="checkbox"/>	Trabalho em ambiente quente	Desidratação, hipertemia	Pausas frequentes, reidratação	Exame clínico	Anual
<input 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 type="checkbox"/>	Actos médicos, primeiros socorros, contactos com resíduos biológicos	Contacto com patógenos, riscos biológicos	EPI, máscara, luvas, óculos, vacinas	Exame clínico, serologia hepatite B, C, VIH, verificação das vacinas	Anual

#### 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.

#### 5. RESUMO GLOBAL

**O presente certificado é valido até:**

*The present Medical Certificate is valid until*

**Eu examinei o Sr./Sra.**

*I have examined Mr./Mrs.*

**e encontrei**

*and found him/her*

**Apto para Onshore/Offshore** ☐

*Fit for duty onshore/offshore*

**Não Apto** ☐

*UNFIT for duty*

**Pendente** ☐

*Pending*

**Assinatura do médico**

*Examining Doctor's Signature*

**Data:**

*Date*