

## 1. FICHA DE INFORMAÇÕES DO PACIENTE

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

## 2. HISTÓRICO MÉDICO

☐ Hipertensão Arterial☐ Epilepsia☐ Doença articular crónica  
inflamatória☐ Patologia cardíaca☐ AVC☐ Problemas músculo-  
esqueléticos☐ Doença cardiovascular☐ Enxaquecas☐ Diabetes☐ Fracturas☐ Glaucoma☐ 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