

CERTIFICADO MÉDICO DE APTIDÃO DE TRABALHO
MEDICAL CERTIFICATE OF FITNESS FOR WORKING

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

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

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

Fit for duty

☐

Não Apto

UNFIT for duty

☐

Pendente

Pending

☐

Assinatura do médico

Examining Doctor's Signature

Data:

Date