

Formulário de Anamnese Clínica - Medicina do Trabalho

Este formulário tem como objetivo coletar informações essenciais sobre a saúde e o histórico ocupacional do trabalhador, visando a realização de uma avaliação médica completa e a promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável. As informações aqui fornecidas são de caráter confidencial e serão utilizadas exclusivamente para fins de saúde ocupacional, em conformidade com a legislação vigente.

Data do Exame: //_____

1. Identificação do Paciente

| | |
|---------------------|--------------------------------------|
| | |
| Nome Completo: | |
| Data de Nascimento: | //_____ |
| Idade: | |
| Sexo: | () Masculino () Feminino () Outro |
| Estado Civil: | |
| CPF: | |
| RG: | |
| Endereço Completo: | |
| Telefone: | |
| E-mail: | |

2. Dados Ocupacionais

| | |
|---------------------------|---------|
| | |
| Empresa: | |
| Setor/Departamento: | |
| Função Atual: | |
| Data de Admissão: | //_____ |
| Jornada de Trabalho: | |
| Descrição das Atividades: | |

Riscos Ocupacionais:

() Físico (Ruído, calor, frio, vibração, radiação) () Químico (Poeira, fumos, gases, vapores, produtos químicos) () Biológico (Vírus, bactérias, fungos, parasitas) () Ergonômico (Postura inadequada, esforço repetitivo, levantamento de peso) () Acidentes (Máquinas sem proteção, risco de quedas, eletricidade)

Uso de EPIs: () Sim () Não. Quais? _____

3. Queixa Principal e História da Doença Atual (HDA)

Motivo da Consulta:

() Admissional () Periódico () Demissional () Mudança de Função () Retorno ao Trabalho

Queixa Principal: _____

HDA: _____

4. Antecedentes Pessoais

| Doença | Sim | Não | Observações |
|--------------------------|-----|-----|-------------|
| Hipertensão Arterial | | | |
| Diabetes Mellitus | | | |
| Doenças Cardíacas | | | |
| Asma/Bronquite | | | |
| Doenças Renais | | | |
| Doenças Neurológicas | | | |
| Distúrbios Psiquiátricos | | | |
| Câncer | | | |
| Alergias | | | |
| Cirurgias Prévias | | | |

Medicamentos em Uso: _____

Hábitos de Vida:

- **Tabagismo:** () Sim () Não. Quantidade/dia: __ **Há quanto tempo:** _____
- **Etilismo:** () Sim () Não. Frequência: _____
- **Atividade Física:** () Sim () Não. Qual? __ **Frequência:** __

5. Antecedentes Familiares

| Doença | Sim | Não | Parentesco |
|----------------------|-----|-----|------------|
| Hipertensão Arterial | | | |
| Diabetes Mellitus | | | |
| Doenças Cardíacas | | | |
| Câncer | | | |
| Outras | | | |

6. Interrogatório Sintomatológico (Revisão por Sistemas)

| Sistema | Sintomas | Sim | Não |
|---------------------|--|-----|-----|
| Geral | Febre, perda de peso, fadiga | | |
| Pele | Lesões, coceira, manchas | | |
| Cabeça/Pescoço | Dor de cabeça, tontura, dor no pescoço | | |
| Olhos | Alteração visual, dor, vermelhidão | | |
| Ouvidos | Perda de audição, zumbido, dor | | |
| Respiratório | Tosse, falta de ar, dor no peito | | |
| Cardiovascular | Palpitações, dor no peito, inchaço | | |
| Gastrointestinal | Dor abdominal, náuseas, vômitos | | |
| Geniturinário | Dor ao urinar, alterações na urina | | |
| Músculo-esquelético | Dores musculares, dores articulares | | |
| Neurológico | Convulsões, formigamentos, fraqueza | | |
| Psíquico | Ansiedade, depressão, insônia | | |

7. Exame Físico (A ser preenchido pelo médico)

| | |
|---------|-------------------|
| PA: | mmHg |
| FC: | bpm |
| FR: | rpm |
| Peso: | kg |
| Altura: | m |
| IMC: | kg/m ² |

Ectoscopia: _____

Aparelho Respiratório: _____

Aparelho Cardiovascular: _____

Abdome: _____

Membros: _____

Coluna Vertebral: _____

Exame Neurológico: _____

8. Conduta e Parecer Médico

Hipótese Diagnóstica: _____

Exames Complementares Solicitados: _____

Conduta: _____

Parecer:

() Apto para a função () Apto para a função com restrições. Quais? _____ ()
Inapto para a função

Assinatura e Carimbo do Médico do Trabalho

Assinatura do Trabalhador