



DIOCESE DE PETRÓPOLIS
DECANATO SÃO JOSÉ DE ANCHIETA
SETOR JUVENTUDE

ACAMPAMENTO JUVENIL

FICHA INFORMATIVA MÉDICA

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO

SEXO

F

M

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

TIPO SANGÜÍNEO

PESO / ALTURA APROX

DADOS MÉDICOS

APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUNS DESSES PROBLEMAS DE SAÚDE?

- ☐ AVC ou derrame cerebral
- ☐ Coma
- ☐ Enxaqueca
- ☐ Problema de coagulação
- ☐ Bronquite ou asma
- ☐ Depressão
- ☐ Hipertensão
- ☐ Renal
- ☐ Transtorno bipolar
- ☐ Sonambulismo

- ☐ Câncer
- ☐ Desmaio
- ☐ Infarto
- ☐ Convulsão ou epilepsia
- ☐ Diatese
- ☐ Hipoglicemia
- ☐ Labirintite
- ☐ Febre reumática
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ COVID

- ☐ Anemia
- ☐ Hepatite
- ☐ HIV
- ☐ Sopro cardíaco
- ☐ Asma
- ☐ Bronquite
- ☐ Fobia/medo
- ☐ TOC
- ☐ Hipocondria
- ☐ Outros (cite abaixo)

Tomou vacina para COVID? Se sim, quantas doses?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Faz algum tratamento psicológico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Medicação de uso contínuo?

Se sim, qual(is)

Cite doses, horários e posologias.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Tem alergia medicamentosa, alimentar, de contato, etc? Se sim, a que?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Quais os medicamentos que costuma tomar em casos de:

Dor muscular

Dor de cabeça

Outros:

Tem problemas cardíacos?

Se sim quais?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Seu calendário vacinal está em dia (hepatite, tétano, etc)? Se não cite qual (is)

☐

Sim

☐

Não

Possui alguma deficiência física ou necessidade especial? Se sim, qual(is)

☐

Sim

☐

Não

Utiliza alguns desses recursos? Se sim, qual(is)?

☐

Marcapasso

☐

Prótese

☐

Stender

☐

Aparelho auditivo

☐

Outros

--

É fumante?

Se sim, quantos cigarros por dia e há quanto tempo fuma?

☐

Sim

☐

Não

Já se submeteu a alguma cirurgia?

Se sim, qual(is)

☐

Sim

☐

Não

Tem restrição alimentar? Se sim, especifique:

☐

Sim

☐

Não

PARA AS MULHERES

Voce tem a possibilidade de estar grávida?

☐

Sim

☐

Não

EM CASO DE EMERGENCIA ENTRE EM CONTATO

Nome completo

--

Telefone

--

Relação com o campista / parentesco

--

Telefone

--

Nome completo

--

Telefone

--

Relação com o campista / parentesco

--

Telefone

--

As informações contidas nesse questionário são sigilosas e atestam minhas reais condições de saúde. Sendo assim, declaro ter conhecimento que qualquer omissão ou falha em informar a verdade poderão prejudicar eventuais atendimentos médicos durante o acampamento.

Nº Identidade

Assinatura