

CGAE - COORDENAÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA AO EDUCANDO

FAE - FICHA DE ASSISTÊNCIA AO EDUCANDO

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Franciele Alves

DATA NASC.: 10/12/1995

CURSO: Sistemas de Informação

TURMA/PERÍODO:

ENDEREÇO: Rua: , Nº , Bairro: , Município: , UF:

NOME DA MÃE:

TELEFONE:

NOME DO PAI:

TELEFONE:

RESPONSÁVEL EM SALINAS:

TELEFONE:

SEXO: ()M (X)F

PESO:

ALTURA:

TIPO SANGÜÍNEO:

VOCÊ MORA: (X)PAIS ()ESCOLA ()PARENTES ()REPÚBLICA ()SOZINHO(A)

REGIME: (X)EXTERNO ()RESIDENTE ()SEMI-RESIDENTE

VOCÊ TEM PLANO DE SAÚDE? (X)NÃO ()SIM

VOCÊ TEM CARTÃO SUS? (X)NÃO ()SIM

HISTÓRIA PREGRESSA

VACINAS NA INFÂNCIA: ()CARTÃO COMPLETO (X)CARTÃO INCOMPLETO

VACINAS NA ADOLESCÊNCIA: ()CARTÃO COMPLETO (X)CARTÃO INCOMPLETO

Qual vacina falta?

DOENÇAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA:

DOENÇAS CONTRAÍDAS: ()CATAPORA ()CAXUMBA ()DENGUE ()HEPATITE ()MENINGITE ()PNEUMONIA ()RUBÉOLA ()SARAMPO

CIRURGIAS REALIZADAS: (X)NÃO ()SIM

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: (X)NÃO ()SIM

ALERGIAS ALIMENTARES: (X)NÃO ()SIM

HISTÓRICO FAMILIAR

()CÂNCER ()CARDIOPATIAS ()DIABETES ()HIPERTENSÃO ARTERIAL ()PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS ()PROBLEMAS RENAIIS ()PROBLEMAS MENTAIS ()OUTRAS

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

VOCÊ APRESENTA ALGUMA NECESSIDADE ESPECÍFICA OU DIFICULDADE

RELACIONADAS ABAIXO

()DEFICIÊNCIA AUDITIVA ()DEFICIÊNCIA FÍSICA ()DEFICIÊNCIA VISUAL ()DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO ()DIFICULDADE NA ESCRITA ()DIFICULDADE NA LEITURA (

)SUPERDOTAÇÃO/ALTAS HABILIDADES ()TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO (

)NENHUMA NECESSIDADE ESPECÍFICA DESCRITA ACIMA

USA PRÓTESE? (X)NÃO ()SIM

ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?

()ASMA()BRONQUITE()DIABETES()PRESSÃO ALTA()PROBLEMAS CARDÍACOS()PROBLEMAS RENAI()RINITE()OUTRAS

FAZ ACOMPANHAMENTO DESSE PROBLEMA? (X)NÃO ()SIM

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO:

JÁ SOFREU DE DESMAIOS OU CONVULSÕES? COM QUE FREQUÊNCIA? POR QUAIS MOTIVOS?

JÁ SOFREU DE EPISTAXE (SANGRAMENTO NASAL)? COM QUE FREQUÊNCIA?

QUANTO COSTUMA SER A PRESSÃO ARTERIAL?

COSTUMA SENTIR CEFALÉIA (DOR DE CABEÇA)? SE SIM, QUAL MEDICAÇÃO COSTUMA USAR PARA ALIVIÁ-LA?

SENTE COM FREQUÊNCIA DIARRÉIA, NÁUSEAS, DOR DE ESTÔMAGO OU CONSTIPAÇÃO INTESTINAL?

(MENINAS) COSTUMA SENTIR CÓLICA MENSTRUAL? SE SIM, O QUE USA PARA ALIVIÁ-LA?

FAZ ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO?

()FISITERAPIA ()FONAUDIOLÓGICO ()PSICOLÓGICO ()TERAPIA OCUPACIONAL ()OUTRO INFORMAÇÃO RELEVANTE EM RELAÇÃO A SAÚDE DO PACIENTE QUE NÃO CONSTA NESTA FICHA:

CONTATO DE EMERGÊNCIA:

OBSERVAÇÕES: CASO NÃO QUERIA RELATAR O PROBLEMA DE SAÚDE NESTE FORMULÁRIO, FAVOR PROCURAR O SETOR DE ENFERMAGEM OU DE PSICOLOGIA PARA INFORMAR SOBRE ALGUM PROCEDIMENTO OU CUIDADO DE QUE TENHA NECESSIDADE.

-EM CASO DE USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO E A MESMA PRECISA SER ADMINISTRADA NA ESCOLA, FAVOR TRAZER A RECEITA MÉDICA. NENHUMA MEDICAÇÃO SERÁ ADMINISTRADA NA ESCOLA SEM A APRESENTAÇÃO DE RECEITA MÉDICA.

-É DE SUMA IMPORTÂNCIA QUE TRAGAM SEMPRE PARA A ESCOLA OS DOCUMENTOS (RG, CARTÃO SUS, CARTÃO DO PLANO DE SAÚDE), ORIGINAL OU CÓPIA, CASO NECESSITEM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO HOSPITAL.

SALINAS, ____ DE _____ DE 201__.

ASSINATURA DO ALUNO OU RESPONSÁVEL