



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DA FAZENDA

Prontuário Médico Individual
Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO (NR-7)

INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO SERVIDOR

1- DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo: F () M ()	RG:
CPF:	Estado Civil:	
Profissão:		

2 – ANAMNESE – sofreu ou sofre das doenças abaixo relacionadas? (marque Sim ou Não)

Doença	Sim	Não	Doença	Sim	Não
Doenças do Coração			Doença dos Nervos		
Palpitação			Cálculo Biliar		
Infarto			Doença dos Rins (nefrite,cálculo)		
Hipertensão Arterial (pressão alta)			Dores nas costas		
Dispneia (falta de ar)			Dores nos ombros, braços, mãos		
Doenças do Pulmão			Dores nas pernas, pés		
Asma			Doenças da Tireóide		
Tuberculose			Varizes		
Bronquite (tosse crônica)			Varicocele		
Doença do Estômago (úlcera, gastrite)			Doença das Hemorróidas		
Doença do Fígado (hepatite)			Alergia		
Hérnia			Intolerância a vacinas ou soros		
Doença do Nariz, Garganta, Ouvido			Fraturas		
Problemas de visão			Reumatismo		
Doença do Pâncreas (Pancreatite)			Foi submetido a alguma cirurgia		
Diabetes			Alcoolismo		
Câncer, tumores			Obesidade		
Doença da Pele			Outras		
Cefaléias (dores de cabeça) frequentes			Especificar:		

3 – ANTECEDENTES FAMILIARES - Seus familiares diretos (pai, mãe, irmãos e avós), mesmo os já falecidos, têm ou tiveram alguma das doenças abaixo?

Doença	Sim	Não	Parentesco	Doença	Sim	Não	Parentesco
Diabetes				Surdez			
Doenças do Coração				Alcoolismo			
Pressão Alta				Tuberculose Pulmonar			
Câncer				Asma			
Depressão				Alergia			

4 – ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:

Data ____ / ____ / ____

Carimbo e assinatura do Enfermeiro



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DA FAZENDA

INFORMACÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO
CONSULTA

Sintomas:

Diagnóstico:

Prescrições:

Observações:

Data ____ / ____ / ____

Carimbo e assinatura do médico