

ANAMNESE

EMPRESA	STOLEDO		
FUNCIONÁRIO	CRIS HENRIQUE		
CARGO	ANALISTA DE SISTEMAS	SEXO	MASCULINO
NASCIMENTO	16/09/1989	IDADE	30
RG	12312312312	CPF	12312312277

Trabalhou em locais com ruído? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Realizava esforço físico? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Ficou exposto a calor ou frio excessivo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	
Já trabalhou em lugar com poeira excessiva? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, qual tipo?
Manipulava produtos químicos? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Realizava movimentos repetitivos? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	se sim, qual membro?
Utilizava equipamento de proteção individual (EPI)? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	se sim, qual (is)?
Já teve acidente de trabalho? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Já teve doença de trabalho? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Exerce outra atividade laboral? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?

2 - Informações Médicas	
Tem diabetes? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Tem hipertensão? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
É Fumante? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Tem problema de audição? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim
Sofreu algum acidente? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Tem alergia? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Tem doença neurológica? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Realizou cirurgia? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Tem problemas ortopédico? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Coluna, quadril, outro? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Tem ou teve outra doença? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Faz ou já fez algum tratamento de saúde? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se sim, quais?
Cólicas ginecológicas? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Faz uso de medicação? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim

3 - Exames Físicos	
Cabeça e pescoço:	Cardio Vascular:
Respiratório:	Abdome:
Osteomuscular:	Neurológico:
Mais informações que julgar necessário:	

4 - Avaliação Clínica	
Tem alguma queixa de saúde no momento? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	

5 - Conclusão	
Orientação	
Resultado <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal	Clinicamente liberado para o setor e cargo? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim

Observação:

Campina Grande - PB

Assinatura Eletrônica

Guilherme

Médico executor

CRM/PB: 123123

Assinatura eletrônica

Colaborador (a)

Obs: Este documento e suas assinaturas são totalmente digitais