

```

1 <!DOCTYPE html>
2 <!--
3     *CABEÇALHO*
4     -- AVALIAÇÃO DA 2ª FASE --
5
6     - Aluno: Luiz Cláudio Santos Cruz Filho
7     - Professor(a): Cibelle
8     - Turma: 301 Informática
9     - Data: 16/10/2020
10 -->
11
12
13 <html lang="pt-br">
14 <head>
15     <meta charset="utf-8">
16     <title>Prova 2ª Fase - Programação WEB</title>
17
18     <!-- Font-Awesome-->
19     <link rel="stylesheet" href="https://stackpath.bootstrapcdn.com/font-
20 awesome/4.7.0/css/font-awesome.min.css">
21
22     <!-- Estilos CSS para esta página-->
23     <link rel="stylesheet" type="text/css" href="estilos/home.css">
24
25 </head>
26 <body class="main">
27
28     <div class="header">
29         Aluno: Luiz Cláudio Santos C. Filho<br>
30         Curso: Técnico em Informática Integrado<br>
31         Turma: 301
32     </div>
33
34     <nav class="navbar">
35         <ol>
36             <li><a href="index.html" target="_blank">Home</a></li>
37             <li><a href="home.html" target="_blank">Marcação de Consulta</a></li>
38             <li><a href="#" target="_blank">Atendimento Domiciliar</a></li>
39             <li><a href="#" target="_blank">Farmácia de Manipulação</a></li>
40         </ol>
41     </nav>
42
43     <!-- TABELA LATERAL DA PÁGINA -->
44     <div class="menu-left text-center">
45
46         <table align="center" class="table">
47             <tr><td></td></tr>
48             <tr><td></td></tr>
49             <tr><td></td></tr>
50             <tr><td></td></tr>
51         </table>
52
53     </div>
54
55     <!-- MEIO DA PÁGINA ONDE CONTERÁ AS INFORMAÇÕES -->
56     <div class="content">
57         <div class="content-header">
58             <h2 class="content-title">Vamos agendar sua consulta ?</h2>
59
60             <form class="form" action="" method="">
61
62                 <h3 class="content-title">Dados Pessoais</h3>
63                 <label>Nome completo:</label>
64                 <input id="nome" class="form-control" type="text" name="nome"
65                 placeholder="Informe seu nome completo" required>
66
67                 <label>Idade:</label>
68                 <input id="old" class="form-control" type="number" name="idade"
69                 placeholder="18">

```

```
        required>
68
69        <label>Número do CPF ou RG:</label>
70        <input class="form-control" type="text" name="doc" placeholder="Informe o
numero do documento (somente números)"
71        required>
72
73        <label>Contato</label>
74        <input class="form-control" type="text" name="doc"
placeholder="+ddi(ddd)XXXXX-XXXX"
75        required><br>
76
77        <label>Endereço Completo:</label>
78        <input id="end" class="form-control" type="text" name="nome"
placeholder="Informe seu endereço completo"
79        required>
80
81        <hr>
82
83        <h3 class="content-title" >Dados Clínicos</h3>
84
85
86        <div class="form-check">
87            <label class="form-check-title">Triagem Básica:</label>
88            <br>
89            <label>Nenhum:</label>
90            <input type="checkbox" name="febre" value="" checked><br>
91            <label>Febre:</label>
92            <input type="checkbox" name="febre" value='febre'><br>
93            <label>Dor de Cabeça:</label>
94            <input type="checkbox" name="dorcabeca" value='dorcabeca'><br>
95            <label>Náusea ou Vômitos:</label>
96            <input type="checkbox" name="vomito" value='vomito'><br>
97            <label>Coriza:</label>
98            <input type="checkbox" name="coriza" value='coriza'><br>
99            <label>Vemelidão na pela:</label>
100            <input type="checkbox" name="vermlpele" value='vermlpele'><br>
101            <label>Dor Articular:</label>
102            <input type="checkbox" name="dorarticular" value='dorarticular'><br>
103            <label>Dor Sistêmica:</label>
104            <input type="checkbox" name="dorsistematica" value='dorsistematica'><br>
105            <label>Trauma:</label>
106            <input type="checkbox" name="trauma" value='trauma'><br>
107            <label>Fartura:</label>
108            <input type="checkbox" name="fratura" value='fratura'>
109        </div>
110
111        <div class="form-check">
112            <label class="form-check-title">O Paciente Encontra-se:</label>
113            <br>
114            <label>Coiciente, Acordado e Lúcido</label>
115            <input type="radio" name="estado" value="6" checked><br>
116
117            <label>Coiciente, Acordado e Desorientado</label>
118            <input type="radio" name="estado" value="5">
119
120            <label>Coiciente, Sonolento e Lúcido</label>
121            <input type="radio" name="estado" value="4"><br>
122
123            <label>Coiciente, Sonolento e Letárgico</label>
124            <input type="radio" name="estado" value="3">
125
126            <label>Inconciente, Respiração com Pulso</label>
127            <input type="radio" name="estado" value="2"><br>
128
129            <label>Inconciente, Respiração Fraca</label>
130            <input type="radio" name="estado" value="1">
131
132            <label>Inconicente, Não Respira e sem Pulso</label>
133
```

```
134     <input type="radio" name="estado" value="0"><br>
135 </div>
136 <div class="form-check">
137     <label class="form-check-title" >Especialidade Médica</label>
138     <br>
139     <select name="especialidade" class="form-control">
140         <option value="">[ Selecione ]</option>
141         <option value="CG">Clinico Geral</option>
142         <option value="PD">Pediatra</option>
143         <option value="NE">Neurologista</option>
144         <option value="CA">Cadiologista</option>
145         <option value="UR">Urologista</option>
146         <option value="GN">Ginecologista</option>
147         <option value="IF">Infectologista</option>
148         <option value="OM">Ortomolcular</option>
149         <option value="CRG" >Cirurgião Geral</option>
150     </select>
151 </div>
152
153     <div class="form-group-button">
154         <button class="btn btn-trash" type="reset">Descartar</button>
155         <button class="btn btn-submit" type="submit">Agendar</button>
156     </div>
157 </form>
158
159 </div>
160 </div>
161
162 <div class="footer">
163     <p><i>Prova da 2ª Fase - IFF - Informática Integrado ao Enino Médio<i><br>
164
165     <p>&copy; Luiz Cláudio @ V. 1.0</p>
166 </div>
167
168
169
170 </body>
171 </html>
```