

Ficha de Avaliação Médica do Missionário em Perspectiva

Marcio Vieira de Jesus
R. Capitão Ernesto Nunes 709, Apt 22
89280-388 São Bento do Sul - SC
Brazil

Nome	(nome do meio)	Sobrenome	(sufixo)	Número do registro	Data de Nascimento (Idade)	Sexo
Matheus	Nascimento	Figueiredo	SR	0010051268674	01 ago 2005 (19)	Masculino

Instruções para o Médico que Examinar o Candidato a Missionário

Os missionários d'A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias servem em vários ambientes e culturas em todo o mundo. Geralmente se espera que participem de atividades missionárias durante muitas horas por dia, inclusive caminhando muitos quilômetros por dia, seis dias por semana. Os rigores da missão geralmente exacerbam dificuldades prévias. Use as seguintes diretrizes ao examinar o candidato a missionário:

1. O formulário de exame médico do candidato a missionário precisa ser assinado por um médico, doutor de osteopatia, assistente médico ou enfermeiro clínico. Um exame realizado por qualquer outro profissional não será aceitável.
2. Realize um exame médico minucioso para garantir que o missionário receba designações nas quais possa ser bem sucedido. É muito triste quando um missionário precisa voltar mais cedo para casa devido a problemas que poderiam ter sido evitados ou estabilizados antes da missão.
3. Corrija todos os problemas como verrugas plantares, pés chatos, dores de cabeça crônicas ou hérnias inguinais antes da partida do candidato a missionário para a sua missão. Explique ao candidato todos os problemas que não precisam ser corrigidos, como desvio de septo nasal, varicocele, cisto pilonidal, etc., para o caso de o médico da missão insistir na necessidade de correção cirúrgica desses problemas.

4. Estabilize problemas crônicos e procure conhecer bem o tratamento desses problemas, tais como asma, diabetes, convulsões, distúrbios emocionais, colite, endometriose, etc. Instrua cuidadosamente o candidato a respeito do tratamento desses problemas e explique os cuidados pessoais necessários sob diversas circunstâncias. Explique também a importância de continuar a tomar todos medicamentos receitados.
5. Não assine o formulário de Exame Médico do Candidato a Missionário sem examinar o formulário de Histórico Pessoal de Saúde do Candidato a Missionário juntamente com o candidato. Comente cada anormalidade alistada pelo candidato.
6. Se uma doença grave, cirurgia, lesão, hospitalização ou tratamento prolongado for mencionado, obtenha um laudo médico resumido com o profissional que tratou do caso, assim que possível. O laudo médico deve acompanhar a recomendação do candidato.
7. Obtenha todas as avaliações necessárias para esclarecer a capacidade do candidato de exercer suas atividades no campo missionário, bem como sua atual condição física e emocional, quando aconselhável.
8. Faça todos os exames laboratoriais específicos, incluindo o teste de tuberculose (TB), (item nº 22), conforme solicitado no formulário Avaliação médica do candidato a missionário.
9. Assinale o campo apropriado, indicando a capacidade geral do candidato de exercer suas funções no campo missionário em "Avaliação de aptidão física e necessidade de medicamentos ou assistência médica".

Ficha de Avaliação Médica do Missionário em Perspectiva

Nome	(nome do meio)	Sobrenome	(sufixo)	Número do registro	Data de Nascimento (Idade)	Sexo
Matheus	Nascimento	Figueiredo	SR	0010051268674	01 ago 2005 (19)	Masculino

Para o médico: *Datilografe ou escreva em letra de forma legível com tinta preta* ao preencher este formulário. Anexe informações adicionais, se necessário. Quando tiver terminado de preencher o formulário, envie-o pelo correio juntamente com uma cópia do formulário de Histórico Pessoal de Saúde do Candidato a Missionário diretamente para o bispo ou presidente de ramo do candidato, usando o envelope fornecido pelo candidato. Agradecemos imensamente a sua avaliação minuciosa e o preenchimento de todos os formulários, informações e recomendações solicitadas. Se o serviço postal não for confiável, entregue os formulários em um envelope fechado ao candidato a missionário.

Altura (em polegadas ou centímetros) <input type="checkbox"/> in. <input type="checkbox"/> cm. [polegada]	Peso (em libras ou quilogramas) <input type="checkbox"/> lbs. <input type="checkbox"/> kg.	Pressão arterial /	Frequência cardíaca	Visão (com lentes corretivas, se necessárias) Esquerda Direita
Estado geral <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			Atenção: Se o resultado do teste for anormal, consulte o número do item, dê os detalhes para repetir ou fazer testes adicionais, descreva o tratamento ou se há necessidade de outra consulta.	
Pele <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Olhos <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Ouvidos/equilíbrio (se necessário, fazer um audiograma) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Nariz, garganta, pescoço e tireóide <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Tórax e pulmões <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Coração e vasos sanguíneos (sopros) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Abdômen (massas palpáveis, fígado e baço) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Genitália, varicocele, hérnia e área pilonidal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Coluna (histórico de dor, incapacidade, tratamento; também cisto pilonidal) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Extremidades dos membros superiores <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Sistema neurológico <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
Exame pélvico e da mama, se indicado. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Sem indicação				

Ficha de Avaliação Médica do Missionário em Perspectiva

Nome	(nome do meio)	Sobrenome	(sufixo)	Número do registro	Data de Nascimento (Idade)	Sexo
Matheus	Nascimento	Figueiredo	SR	0010051268674	01 ago 2005 (19)	Masculino

17. Exame de urina (não é obrigatório para jovens missionários; insira os resultados reais ou informe "não realizado")

• Exame com fitas diagnósticas — sangue (obrigatório)

• Fitas diagnósticas- proteínas (obrigatório)

• Fitas diagnósticas - glicose (obrigatório)

• Microscópico (se as fitas diagnósticas estiverem anormais)

18. Hemoglobina ou hematócrito (assinale o tipo e digite o resultado do exame)

☐ Hematócrito (%)

☐ Hemoglobina (g/dl)

19. Teste de tuberculose (TB):

Riscos de exposição a TB: O candidato a missionário foi exposto a qualquer pessoa com tuberculose ativa, viveu ou trabalhou em circunstância de alta incidência de tuberculose como em um país, uma instituição de saúde, um abrigo, uma prisão ou reserva?

☐ Sim ☐ Não

O teste de Tuberculose (Teste PPD de pele ou Interferon ou radiografia) é obrigatório para todos os candidatos a missionário, mesmo os que tomaram a vacina BCG e aqueles cujos testes de pele foram positivos. Onde o teste PPD ou interferon não estão disponíveis, o raio-X de tórax é obrigatório.

O raio-X é obrigatório também nas circunstâncias a seguir:

1. Se o candidato a missionário tem um risco baixo de TB (respondeu NÃO para a exposição ao risco de TB acima) e o PPD foi maior ou igual a 15 mm.

2. Se o candidato a missionário tem um risco alto de TB (respondeu SIM para a exposição ao risco de TB acima) e o PPD foi maior ou igual a 10mm.

3. Se o teste interferon for positivo.

Rastreando Resultados:

PPD milímetros de endurecimento

mm

☐ PPD não realizado

Resultados do interferon

☐ Negativo ☐ Positivo ☐ Não Fez

Resultados da radiografia do tórax

☐ Normal ☐ Anormal ☐ Não Fez

TB comentários / plano de acompanhamento (obrigatório quando o resultado da radiografia é anormal)

O missionário em perspectiva está atualmente tomando algum medicamento ou há algum outro fator que possa prejudicar sua aptidão para dirigir? (Se a resposta for sim, explique.)

☐ Sim

☐ Não

© 2025 Intellectual Reserve, Inc. Todos os direitos reservados.

Ficha de Avaliação Médica do Missionário em Perspectiva

Nome	(nome do meio)	Sobrenome	(sufixo)	Número do registro	Data de Nascimento (Idade)	Sexo
Matheus	Nascimento	Figueiredo	SR	0010051268674	01 ago 2005 (19)	Masculino

20. Datas de Imunização: Informe uma data completa de cada vacina que o missionário recebeu. Se a data exata não foi registrada, forneça uma aproximada. Todos os missionários, inclusive os que servem em seu próprio país, devem ser imunizados contra tétano/difteria e hepatite A e B, sarampo/caxumba/rubéola (MMR 1 e 2) e poliomielite. As vacinas que faltam devem ser tomadas o mais rápido possível, antes do missionário entrar no CTM.

Tétano/difteria/coqueluche nº 1	Tétano/difteria/coqueluche nº 2	
MMR1	MMR2	
Poliomielite		
Hepatite A nº 1	nº 2	
E hepatite B n.º 1	nº 2	n.º 3
OU hepatite A e B combinadas n.º 1	nº 2	n.º 3
Gripe		
COVID-19 Pfizer & BioNTech 1ª	2ª	
COVID-19 Moderna 1ª	2ª	
COVID-19 CureVac 1ª	2ª	
COVID-19 Sputnik V 1ª	2ª	
COVID-19 Oxford-AstroZeneca 1ª	2ª	
COVID-19 Covaxin #1 - pt	#2 - pt	
COVID-19 Sinovac #1 - pt	#2 - pt	
COVID-19 BBIBP #1 - pt	#2 - pt	
COVID-19 CanSinoBIO		
COVID-19 Johnson & Johnson		

Ficha de Avaliação Médica do Missionário em Perspectiva

Nome	(nome do meio)	Sobrenome	(sufixo)	Número do registro	Data de Nascimento (Idade)	Sexo
Matheus	Nascimento	Figueiredo	SR	0010051268674	01 ago 2005 (19)	Masculino

Avaliação da Capacidade Funcional e Necessidade de Medicamentos ou de Cuidados Médicos Com base na avaliação do histórico do missionário em perspectiva, sua entrevista pessoal, o exame médico e uma análise dos exames laboratoriais, indique abaixo a capacidade do missionário em perspectiva de atuar em vários níveis de atividade como missionário.

<input type="checkbox"/> Nível A: Sem limitações (Sem restrições para levantar e carregar pesos, caminhar 9,5 quilômetros ou mais por dia ou realizar de 12 a 16 horas de atividade missionária por dia.)	<input type="checkbox"/> Nível B: Limitação leve (Pequena restrição de atividade; déficit leve de capacidade ou resistência, tal como dificuldade para caminhadas (limitadas a 5-10 km por dia) ou para ficar muito tempo em pé.)	<input type="checkbox"/> Nível C: Limitação moderada (Restrição moderada de atividade; déficit moderado de capacidade ou resistência; requer limitação de caminhadas (0-5 km por dia) ou trabalho sedentário.)	<input type="checkbox"/> Nível D: Limitação acentuada (Restrição severa de atividade ou exigências especiais, tais como restrições específicas em relação às condições climáticas, uso de cadeira de rodas, necessidade de períodos frequentes de descanso, necessidade de cuidados médicos especiais ou consultas médicas.)	<input type="checkbox"/> Nível E: Não apropriado (Existem condições que fazem impossível o serviço missionário de tempo integral.)
--	--	---	---	---

Com base em sua avaliação do histórico, exame físico, testes de laboratório e consultas ao candidato, por favor, responda às seguintes perguntas:

O missionário tem algum problema físico ou mental que necessitará de acompanhamento ou medicação contínua durante a missão?

☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for *sím*, qual é o problema? Por qual médico ou com que frequência o missionário deve ser examinado? Quais medicações são obrigatórias? Anote suas respostas no espaço fornecido abaixo.

Comentários

Assinatura do Médico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Médico osteopático <input type="checkbox"/> Assistente médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro clínico	Nome do médico	Data do exame
Endereço do consultório médico	Cidade	Estado ou província
País	Código de Endereçamento Postal	Distrito (se houver)
Telefone comercial (com código de área)	Endereço de e-mail (se disponível)	

Autorização para Divulgação de Informações

Autorizo o médico examinador a divulgar as informações contidas no Histórico Pessoal de Saúde do Candidato a Missionário e no Exame Médico de Saúde do Candidato a Missionário para meu bispo ou presidente de ramo e para o Departamento Missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias. Estou ciente de que as informações serão examinadas por médicos. Estou ciente de que as informações podem ser usadas na avaliação das designações que farão parte de meu chamado missionário. Desobrigo por meio deste documento o médico que me examinou de todas as responsabilidades legais que possam resultar da divulgação e utilização das informações pela A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias ou seus agentes.

Assinatura do candidato a missionário	Data
Assinatura da testemunha	Data