

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

| | | |
|--------|--------|-------------------|
| NOME: | | |
| CPF: | RG: | SEXO: () M () F |
| IDADE: | CARGO: | MASP (se tiver): |

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

| SINTOMAS/ALTERAÇÕES | SIM | NÃO |
|--|-----|-----|
| Dor no peito | | |
| Alterações na voz | | |
| Distúrbios do sono | | |
| Variações no peso | | |
| Problemas de pele | | |
| Distúrbio visual | | |
| Dor abdominal | | |
| Escarro com sangue | | |
| Inchaço nas pernas | | |
| Distúrbios de audição | | |
| Problemas digestivos | | |
| Problemas para urinar | | |
| Alteração de apetite | | |
| Prisão de ventre | | |
| Diarreias | | |
| Dificuldade para engolir | | |
| Alterações no volume e na frequência da urina | | |
| Dificuldades frequentes no trabalho | | |
| Dificuldades no relacionamento familiar | | |
| Dificuldade no relacionamento interpessoal | | |
| Nervosismo | | |
| Pressão alta | | |
| Falta de ar | | |
| Tosse | | |
| Suor noturno | | |
| Dor nas articulações | | |
| Dor na coluna | | |
| Ansiedade | | |
| Tristeza | | |
| Desconfiança | | |
| Outros problemas que não estão relacionados acima: | | |

02 – Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado? () Não () Sim. Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem).

03 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? () Não () Sim. Qual(is)? _____.

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

05 – Já sofreu alguma fratura?

() Não () Sim. Tipo(s)? _____.

06 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)?

() Não () Sim. Qual? _____.

Por quais períodos? _____ Por quais motivos? _____.

07 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

08 – É tabagista?

() Não () Sim. Cigarros/dia? _____. Há quanto tempo? _____.

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)?

() Não () Sim. Quantidade: _____. Frequência: _____.

10 – Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

11 – Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

12 – Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

13 – Apresenta ou já apresentou alguma doença infecto contagiosa?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

14 – Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc.)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

15 – Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

16 – Já teve algum acidente de trânsito?

() Não () Sim. Qual(is)? _____.

17 – Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida?

() Não () Sim.

18 – Tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____.

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local _____ Data ___ / ___ / ___

Assinatura do declarante