

## Configurações Ficha Clínica

Selecione o Tipo:

Admissional



## Ficha Clínica

## HISTÓRICO OCUPACIONAL

Qual a última empresa?

Por quanto tempo?

Qual Função?

Doença Ocupacional

☐ Refere ☐ Nega

Acidente de Trabalho

☐ Refere ☐ Nega

Afastamento INSS

☐ Refere ☐ Nega

Se referir, informar:

☐ Ocupacional ☐ Comum

Descrever

Limite de caracteres: 4900 Caracteres restantes: 4900

Possuí um segundo emprego?

☐ Refere ☐ Nega

Qual função?

## HISTÓRICO MÉDICO ATUAL

Anamnese

Limite de caracteres: 4900 Caracteres restantes: 4900

Queixas Atuais de Saúde:

☐ Nega ☐ Refere

- ☐ Cervical  
☐ Cefaleia  
☐ Cialgia  
☐ Enxaqueca  
☐ Joelho  
☐ Lombalgia  
☐ Ombro  
☐ Pirose  
☐ Punho  
☐ Tendinite  
☐ Tornozelo  
☐ Distúrbio da Tireoide

Outros:

## AVALIAÇÃO DA DOR

Dor no Corpo?

☐ Nega☐ MMSS☐ MMII☐ Cervical☐ Abdômen☐ Torácica☐ Lombar

Outros

Há quanto tempo apresenta a dor?

☐ 6 meses ☐ 6 a 1 ano ☐ Mais de um ano

Fez algum exame relacionado a queixa?

☐ Nega ☐ Refere☐ Raio X☐ Ultrasson☐ Tomografia☐ Ressonância

Outros

## EXAME FÍSICO

- ☐ Coluna  
☐ Sem Alterações  
☐ MMSS  
☐ MMII  
☐ Abdômen  
☐ Precórdio  
☐ Campos Pleuro Pulmonares

Outros

Limite de caracteres: 4900 Caracteres restantes: 4900

## HISTÓRICO MÉDICO PESSOAL

- ☐ Sem comorbidades  
☐ Hipertensão  
☐ Diabetes  
☐ Obesidade  
☐ Doenças Cardíacas  
☐ Epilepsia  
☐ Depressão  
☐ Ansiedade  
☐ Câncer  
☐ Rinite  
☐ Reumatismo  
☐ Alergia  
☐ Doença Pulmonar

## HISTÓRICO MÉDICO PESSOAL


Uso de medicamentos contínuo

☐ Nega ☐ Refere

- ☐ Antidepressivo  
☐ Anticonvulsivante  
☐ Ansiolítico  
☐ Anti-inflamatório  
☐ Remédio para diabetes  
☐ Tireoíde  
☐ Vitamina  
☐ Hipertensão

Outros

Cirurgia Anterior?

<p>Teve teste positivo para COVID -19? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Precisou de Internação? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Tabagismo: ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Ex fumante</p> <p>Outras drogas: ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Etilismo: ▶  <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> Finais de semana  <input type="radio"/> Socialmente <input type="radio"/> Alcoólatra</p> <p>Atividade Física: ▶  <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Diariamente <input type="radio"/> 2 x na semana <input type="radio"/> 3 á 4 vezes na semana</p> <p>Outros ▶  <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="radio"/> Nega <input type="radio"/> Refere</p> <p><input type="checkbox"/> Ortopédica  <input type="checkbox"/> Abdômen  <input type="checkbox"/> Oftalmológica  <input type="checkbox"/> Estética</p> <p>Outros: ▶  <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Fratura Anterior? ▶  <input type="radio"/> Nega <input type="radio"/> Refere</p> <p><input type="checkbox"/> MMSS  <input type="checkbox"/> MMII  <input type="checkbox"/> Crânio  <input type="checkbox"/> Clavícula</p> <p>Outros ▶  <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p><b>MULHERES</b></p> <p>Gestante: ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Menstruação: ▶  <input type="radio"/> Menopausa <input type="radio"/> Amenorreia</p> <p>Anticoncepção ▶  <input type="radio"/> Nega <input type="radio"/> Pílula <input type="radio"/> Injetável <input type="radio"/> DIU  <input type="radio"/> Anel <input type="radio"/> Implante <input type="radio"/> Adesivo</p> <p>DUM: ▶  <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p></p> <p>Outros ▶  <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><b>HISTÓRICO MÉDICO FAMILIAR</b></p> <p>Histórico Médico Familiar ▶  <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Possui</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Hipertensão  <input type="checkbox"/> Doenças Cardíacas  <input type="checkbox"/> Câncer</p> <p>Outros ▶  <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p><b>LISTA DE VERIFICAÇÃO PSICOSSOCIAL</b></p> <p>Tem Dificuldade para dormir? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Sente-se mais cansado do que de costume? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Sente alteração no apetite? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Possui atividade de lazer com grupos de amigos? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Tem dificuldade de relacionamento com a família? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Se sente uma pessoa incapaz de enfrentar as dificuldades? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Tem perdido o interesse pelas coisas? ▶  <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Tem dormido quantas horas por dia? ▶  <input type="radio"/> 2 Horas à 4 Horas <input type="radio"/> 4 Horas à 6 Horas <input type="radio"/> 6  Horas à 8 Horas <input type="radio"/> Superior a 8 Horas</p>	<p><b>EXAMES COMPLEMENTARES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Audiometria  <input type="checkbox"/> Espirometria  <input type="checkbox"/> Acuidade Visual  <input type="checkbox"/> Cinético Funcional  <input type="checkbox"/> Eletrocardiograma  <input type="checkbox"/> Eletroencefalograma  <input type="checkbox"/> Psicológico  <input type="checkbox"/> Laboratorial  <input type="checkbox"/> Radiologia</p> <p><b>ORIENTAÇÕES/PRESCRIÇÕES ▶</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div></p> <p>Limite de caracteres: 4900 Caracteres restantes: 4900  O colaborador poderia ser enquadrado como PCD? Se Sim, descreva. ▶  <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Parecer: ▶  <input type="radio"/> Apto para a função <input type="radio"/> Inapto para a função</p>
<p><b>Assinaturas</b></p>	
<p><b>Assinatura do paciente/empregado/candidato</b></p> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<p><b>Assinatura do médico examinador</b></p> <input style="width: 100%;" type="text"/>