

Questionário de Autoavaliação de Saúde – Exame Médico Admissional

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Cargo pretendido: _____

Endereço residencial: _____

1) Teve doenças comuns da infância?

☐ Não☐ Sim. Especifique: ☐ Caxumba ☐ Rubéola ☐ Sarampo ☐ Catapora ☐ Hepatite A
☐ Outras _____

2) Está com vacinação atualizada?

☐ Não☐ Sim. Trouxe o cartão de vacinação? ☐ Sim ☐ Não

3) Possui alergia medicamentosa ou alimentar?

☐ Não☐ Sim. Especifique: _____

4) Já se submeteu a cirurgias?

☐ Não☐ Sim. Especifique tipo e data: _____

5) Já teve internações hospitalares?

☐ Não☐ Sim. Especifique motivo e data: _____

6) Tem história de fraturas ou entorses?

☐ Não☐ Sim. Especifique tipo e data: _____

7) Tem história de crises convulsivas?

☐ Não☐ Sim. Especifique: _____

8) Tem história de doenças neurológicas?

☐ Não☐ Sim. Especifique: _____

9) Tem história de labirintite ou alterações auditivas?

☐ Não☐ Sim. Especifique: _____

- 10) Tem história de alterações visuais?
() Não
() Sim. Especifique: _____
- 11) É portador de alguma deficiência?
() Não
() Sim. Especifique: _____
- 12) Tem história de doenças metabólicas?
() Não
() Sim. Especifique: () Diabetes () Alterações de colesterol () Triglicerídeos
() Outras _____
- 13) Tem história de doenças cardiovasculares?
() Não
() Sim. Especifique: () Hipertensão arterial () Insuficiência cardíaca
() Infarto do miocárdio () AVC
() Outras _____
- 14) Tem história de doenças pulmonares?
() Não
() Sim. Especifique: _____
- 15) Tem história de alterações urinárias e renais?
() Não
() Sim. Especifique: () Cálculos renais () Infecção urinária de repetição
() Outras _____
- 16) Tem história de alterações articulares, vertebrais ou ósseas?
() Não
() Sim. Especifique: _____
- 17) Teve covid 19?
() Não
() Sim. Houve necessidade de internação hospitalar? () Não () Sim
- 18) Apresenta alguma patologia não descrita anteriormente?
() Não
() Sim. Especifique: _____
- 19) Tem história de doenças e/ou tratamento psiquiátrico ou psicológico?
() Não
() Sim. Especifique: _____
- 20) Está em tratamento médico atualmente?
() Não
() Sim. Especifique: _____

História Ocupacional Progressa

1) Ocupação atual:

Descrever emprego atual se houver, com cargo, data de admissão e se existe exposição a riscos ocupacionais:

2) Formação acadêmica:

() Graduação () Pós Graduação () Mestrado () Doutorado () Curso técnico

3) Trabalhos anteriores:

Descrever os principais com duração da atividade, cargo e exposição a riscos ocupacionais:

4) Usou ou usa EPIs?

() Não

() Sim. Especifique: _____

5) Prestou serviço militar?

() Não

() Sim. Descrever o local, período e se usou arma de fogo:

6) Já teve acidente de trabalho?

() Não

() Sim. Especifique: _____

7) Já teve afastamento do trabalho pelo INSS?

() Não

() Sim. Especifique: _____

Observações:

1. Utilize o verso da página caso necessite completar suas respostas.
2. Rubrique a primeira página. Rubrique o verso da página caso tenha utilizado para completar alguma resposta.

Estou ciente que as informações acima descritas neste questionário foram fornecidas por mim e são verdadeiras.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 202____.

Assinatura do candidato: _____

Ciência do médico examinador (assinatura e carimbo): _____

Os dados e informações coletados por meio dos exames ocupacionais e demais ações de saúde serão utilizados para fins de prevenção, rastreamento e diagnóstico de agravos à saúde relacionados ao trabalho, bem como análises epidemiológicas, visando a promoção e preservação da saúde dos trabalhadores, consoante previsto na legislação nacional de saúde e medicina ocupacional, ressalvado em todos os casos o sigilo quanto aos dados de saúde individualmente considerados.