**ANEXO IV**

Uma imagem contendo relógio, desenho

Descrição gerada automaticamente

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

POLÍCIA CIVIL

ACADEMIA DE POLÍCIA CIVIL

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE**

1. **DADOS PESSOAIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | | |
| Data de Nascimento: | Sexo: F ( ) M ( ) | RG: |
| ID: | Estado Civil: | |
| Instituição / lotação: | | |
| Em caso de emergência comunicar (informar dois contatos, grau de parentesco e seus respectivos telefones com código de área):  1)  2) | | |

**2 –** **ANAMNESE – sofreu ou sofre das doenças abaixo relacionadas? (marque Sim ou Não)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Doença** | **Sim** | **Não** | **Doença** | **Sim** | **Não** |
| Doenças do Coração |  |  | Doença psiquiátrica |  |  |
| Palpitação |  |  | Cálculo Biliar |  |  |
| Infarto |  |  | Doença dos Rins (nefrite,cálculo) |  |  |
| Hipertensão Arterial (pressão alta) |  |  | Dores nas costas |  |  |
| Dispnéia (falta de ar) |  |  | Dores nos ombros, braços, mãos |  |  |
| Doenças do Pulmão |  |  | Dores nas pernas, pés |  |  |
| Asma |  |  | Doenças da Tireóide |  |  |
| Tuberculose |  |  | Varizes |  |  |
| Bronquite (tosse crônica) |  |  | Varicocele |  |  |
| Doença do Estômago (úlcera, gastrite) |  |  | Doença Hemorroidária |  |  |
| Doença do Fígado (hepatite) |  |  | Alergias |  |  |
| Hérnia |  |  | Intolerância a vacinas ou soros |  |  |
| Doença do Nariz, Garganta, Ouvido |  |  | Fraturas |  |  |
| Problemas de visão |  |  | Reumatismo |  |  |
| Doença do Pâncreas (Pancreatite) |  |  | Tabagismo |  |  |
| Diabetes |  |  | Alcoolismo |  |  |
| Câncer, tumores |  |  | Obesidade |  |  |
| Doença da Pele |  |  | Outras |  |  |
| Cefaléias (dores de cabeça) freqüentes |  |  | Especificar: | | |
| Alergia medicamentosa |  |  |  | | |

**3 – Caso sim para respostas acima, especifique cada uma delas:**

**4 – Usa algum tipo de medicação? Se sim, especifique.**

**5- Está realizando algum tratamento médico no momento? Se sim, especifique.**

**6 - Já foi submetido a alguma cirurgia? Se sim, especifique.**

**7 – Possui algum tipo de alergia (medicamentos, alimentos, outros)? Se sim, especifique.**

**8 – Possui plano de saúde? Se sim, informe qual plano e sua abrangência. Ainda, especifique se o plano de saúde possui abrangência no município de Porto Alegre e junte cópia da carteira a esta Ficha de Saúde.**

|  |
| --- |
| Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras e completas.  Data \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do aluno |