**CURSO DE OPERAÇÕES TÁTICAS**

**Ficha sanitária**



1. **DADOS PESSOAIS**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Data de Nascimento: | Sexo: F ( ) M ( ) | RG: |
| ID: | Estado Civil: |
| Instituição / lotação: |
| Convênio médico : | Nº Convênio: |
|  Em caso de emergência comunicar: | Telefone: |

**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 – Se sim para respostas acima, especifique:**

**4 – Usa algum tipo de medicação, se sim quais?**

**5- Está realizando algum tratamento médico no momento?**

**6 - Já foi submetido a alguma cirurgia ?**

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