



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERA FELIZ
CNPJ: 18.114.264/0001-31

ANEXO – I

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME: _____

CPF: _____ IDADE: _____ SEXO: F M

CARGO: _____

01 - Informar sobre os sintomas ou alterações a baixo 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		
Dificuldades no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERA FELIZ
CNPJ: 18.114.264/0001-31

Outros problemas que não estão relacionados

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 (oncologia, cardiologia, neurológico, endocrinológico, pneumologia, outros)?

Não Sim. Quais?

04 - Já esteve internado em hospital (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?

Não Sim. Tipo(s)?

05 - Já sofreu alguma fratura?

Não Sim. Tipo(s)?

06 - Já esteve afastado 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. Quais?



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERA FELIZ
CNPJ: 18.114.264/0001-31

08 - É tabagista (fuma)?

Não Sim. Quanto/dia? Há quanto tempo?

09 - É etilista (consome bebida alcoólica)?

Não Sim. Quantidade: Frequência:

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

Não Sim. Quais?

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

Não Sim. Quais?

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

Não Sim. Quais?

13 - Apresenta ou já apresentou alguma doença infecto contagiosa?

Não Sim. Quais?



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERA FELIZ
CNPJ: 18.114.264/0001-31

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

Não Sim. Quais?

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

Não Sim. Quais?

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.

Espera Feliz, _____ de _____ de 202____.

Assinatura do declarante _____