IPVV - PERÍCIA MÉDICA

QUESTIONÁRIO 01 – EXAME ADMISSIONAL CONFIDENCIAL

Nome do Candidato:

CPF: RG:

Cargo:_____

Lotação:

_____

Data de Nascimento: / /	Sexo: F ( ) M)	Estado Civil:

Assinale respostas de todos os quesitos abaixo. Dúvidas sobre alguma? Pergunte ao médico durante seu exame.

Perguntas:	**Sim**	**Não**	**Não Sei**
01- Tem doença oftalmológica?	( )	( )	( )
02- Tem dificuldade para enxergar?	( )	( )	( )
03- Usa óculos por indicação médica?	( )	( )	( )
04- Tem problemas de audição?	( )	( )	( )
05- Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?	( )	( )	( )
06- Dorme bem?	( )	( )	( )
07- Tem algum tipo de alergia?	( )	( )	( )
08- Tem doença dermatológica?	( )	( )	( )
09- Sua pele tem alguma anormalidade?	( )	( )	( )
10- Sente falta de ar?	( )	( )	( )
11- Tem pressão alta?	( )	( )	( )
12- Já eliminou sangue nas suas fezes?	( )	( )	( )
13- Tem habitualmente dores nas juntas?	( )	( )	( )
14- As suas juntas habitualmente incham?	( )	( )	( )
15- Tem ou teve inchaço (edema) nas pernas?	( )	( )	( )
16- Tem ou teve dores ou outros problemas na sua coluna vertebral?	( )	( )	( )
17- Tem ou teve alguma parte do corpo paralisada?	( )	( )	( )
18- Já ficou alguma vez "sem sentido" (desmaiou)?	( )	( )	( )
19- Teve convulsões?	( )	( )	( )
20- Perdeu alguma vez sangue ou albumina pela urina?	( )	( )	( )
21- Tem ou teve doenças sexualmente transmissíveis?	( )	( )	( )
22- Já foi tratado(a) de algum tumor?	( )	( )	( )
23- Já fez algum procedimento cirúrgico?	( )	( )	( )
Se sim descreva a cirurgia:			
24- Tem ou teve alguma ferida séria?	( )	( )	( )
25- Já sofreu algum acidente sério?	( )	( )	( )
26- Fuma?	( )	( )	( )
27- Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas?	( )	( )	( )
29- Tem, ultimamente, aumentado a dose diária de bebida alcoólica?	( )	( )	( )
30- Tem faltado ao trabalho anterior por motivo doença?	( )	( )	( )
31- Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica?	( )	( )	( )
32- Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente?.	( )	( )	( )

Rubrica

Perguntas:	Sim	Não	Não Sei
33- Na sua família algum membro faz tratamento psiquiátrico/psicológico?	( )	( )	( )
34- Caso afirmativo houve necessidade de internação?	( )	( )	( )
35- Tem feito uso habitual ou contínuo de algum medicamento?	( )	( )	( )
Se sim qual:			
36- No momento está fazendo algum tratamento médico?	( )	( )	( )
Se sim, especificar:			
Você é portador de alguma das doenças abaixo:			
37- Cardíaca?	( )	( )	( )
38- Asma?	( )	( )	( )
39- Tuberculose?	( )	( )	( )
40- Bronquite?	( )	( )	( )
41- Doença do aparelho gastrointestinal?	( )	( )	( )
42- Doença do fígado ou hepatite?	( )	( )	( )
43- Hérnia?	( )	( )	( )
44- Doença do pâncreas?	( )	( )	( )
45- Diabetes?	( )	( )	( )
46- Doença neoplásica?	( )	( )	( )
47- Doença dos Rins?	( )	( )	( )
48- Reumatismo?	( )	( )	( )
Você sente:			
49- Dores nas costas?	( )	( )	( )
50- Dores nos ombros, braços ou mãos?	( )	( )	( )
51- Dores nas pernas ou nos pés?	( )	( )	( )

Antecedentes Familiares – Seus familiares diretos têm ou tiveram alguma das doenças abaixo:

Doença	Sim	Não	Parentesco	Doença	Sim	Não	Parentesco
52- Diabetes				57- Cardiopatia			
53- Hipertensão				58- Neoplasia			
54- Distúrbio mental				59- Surdez			
55- Alcoolismo				60- Tuberculose			
56- Asma				61- Alergia			

Antecedentes Ocupacionais / Perguntas	Sim	Não	Não Sei
62- Já sofreu algum acidente de trabalho?	( )	( )	( )
63- Já sofreu alguma doença do trabalho ou profissional?	( )	( )	( )

64- Qual foi a sua ocupação anterior?

65- A seu ver, tem alguma condição de saúde que o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo? Qual?

66- Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante?

***Termo de Responsabilidade*:** Declaro que as informações prestadas no questionário que preenchi são verdadeiras e ainda
saber que qualquer omissão ou doença não comunicada, poderá me imputar sansões legais ou penalidades

_____ , ___ / ___ / ___

Local/ Data Assinatura