

ANEXO I

(A que se refere o *caput* do art. 1º do Decreto nº 47.901, de 30 de março de 2020)

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME:		
CPF:	RG:	SEXO: ☐ F ☐ M
IDADE:	CARGO:	MASP (se tiver):

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo 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		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima:		

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 (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)?

() Não () Sim. Qual(is)?

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?

() Não () Sim. Qual(is)?

05 – Já sofreu alguma fratura?

() Não () Sim. Tipo(s)?

06 - Já se afastou 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. Qual(is)?

08 – É tabagista?

() Não () Sim. Cigarros/dia? . Há quanto tempo?

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)?

() Não () Sim. Quantidade: . Frequência:

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

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim. Qual(is)?

13 – Apresenta ou já apresentou alguma doença infecto contagiosa?

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim. Qual(is)?

16 – Já teve algum acidente de trânsito?

() Não () Sim. Qual(is)?

17 – Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida?

() Não () Sim.

18 – Tem filhos? () Não () Sim. Quantos? .

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.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do declarante