

ANAMNESE OCUPACIONAL

DATA: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

CI/CT: _____ DATA DE NASC.: ____ / ____ / ____ IDADE: ____ anos

END: _____ TEL: _____ ESCOLARIDADE: _____

FUNÇÃO: _____ SETOR: _____ CHAPA: _____

ATIVIDADE PRINCIPAL: _____

É CONDUTOR DE VEÍCULO DA EMPRESA: ☐ NÃO ☐ SIM: CARRO ☐ MOTO ☐ VEÍCULO PESADO ☐

EXAME MÉDICO:

ADMISSIONAL ☐ PERIÓDICO ☐ MUD.DE FUNÇÃO ☐ RET.AO TRABALHO ☐ DEMISSIONAL ☐

AValiação Médica:

☐ CONDUZIR VEÍCULO ☐ PARECER MÉDICO ☐ NR 10 ☐ TRABALHO EM ALTURA ☐ OUTRO: _____

INFORMAÇÕES DE SAÚDE:

Altura: ____ cm Peso: ____ Kg IMC (P/A²): ____ Mão dominante: Direita ☐ Esquerda ☐ Ambidestro ☐

Como você avalia sua saúde física?

Muito boa ☐ Boa ☐ Moderada ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐

Como você avalia sua saúde mental e emocional?

Muito boa ☐ Boa ☐ Moderada ☐ Ruim ☐ Muito ruim ☐

Atualmente você tem alguma doença (s) ou distúrbio(s)? ☐ NÃO ☐ SIM, por favor especifique:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Colesterol Alto ☐ Doença do Coração ☐ Doença na Tireóide ☐ Depressão

☐ Ansiedade ☐ Gastrite/ Úlcera no estomago ☐ Doença na Coluna ☐ Doença nos Rins ☐ Doença no Pulmão

☐ Doença no Fígado ou Vesícula ☐ Braços ☐ Pernas ☐ Neurológico ☐ Outro: _____

Atualmente você tem algum sintoma (s)? ☐ NÃO ☐ SIM

☐ Dor de Cabeça freqüente ☐ Dor nas costas ☐ Dor nos Braços ou Ombros

☐ Dor nas Pernas ou Joelhos ☐ Azia ou dor de Estômago ☐ Alergias ☐ Desmaios ☐ Dores no Peito

☐ Falta de Ar ☐ Vômitos ☐ Diarréias Periódicas ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Você já teve alguma lesão muscular, articular e/ou óssea?

☐ NÃO ☐ SIM Se SIM, por favor especifique: _____

Foi hospitalizado no último ano? ☐ NÃO ☐ SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

Você está tomando algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)? ☐ NÃO ☐ SIM

Se SIM, por favor especifique os medicamentos principais:

ANAMNESE OCUPACIONAL (continuação)

Você fuma? ☐ NÃO ☐ SIM Você consome álcool ou drogas? ☐ NÃO ☐ SIM

Se SIM, por favor especifique qual frequência:

Tabaco: _____ Álcool: _____ Drogas: _____

Você usa algum recurso assistivo como óculos, aparelho auditivo, etc.? ☐ NÃO ☐ SIM

Se SIM, por favor especifique: _____

Você está recebendo qualquer tipo de tratamento para sua saúde? ☐ NÃO ☐ SIM

Se SIM, por favor especifique: _____

NO ÚLTIMO MÊS, você reduziu suas atividades habituais ou de trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

☐ NÃO ☐ SIM Se sim, quantos dias? _____

NO ÚLTIMO MÊS, você esteve totalmente impossibilitado de realizar suas atividades habituais ou trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

☐ NÃO ☐ SIM Se sim, quantos dias? _____

Você exerce alguma atividade em casa? ☐ NÃO ☐ SIM Se SIM, por favor especifique:

☐ Artesanato ☐ Culinária ☐ Costura/crochê ☐ Atividade com uso do computador ☐ Outra: _____

Você exerce alguma atividade física? ☐ NÃO ☐ SIM Se SIM, por favor especifique:

☐ Futebol ☐ Vôlei ☐ Tênis ☐ Natação ☐ Ciclismo ☐ Dança ☐ Luta ☐ Caminhada ☐ Corrida

☐ Musculação ☐ Ginástica ☐ Pilates ☐ Yoga ☐ Outra: _____ ☐ Outra: _____

O que você gosta de fazer nos momentos livres? Você tem algum hobby?

☐ NÃO ☐ SIM Se SIM, por favor especifique:

☐ Prática de esportes ☐ Esportes radicais ☐ Computador/Internet ☐ Assistir televisão ☐ Outro: _____

Você exerce outra atividade remunerada fora da empresa? ☐ NÃO ☐ SIM Se SIM, por favor especifique:

☐ Pedreiro/Servente ☐ Bombeiro hidráulico ☐ Pintor de paredes ☐ Vigilante/Portaria ☐ Eletricista

☐ Outra: _____ ☐ Outra: _____

Seus pais e/ou familiares fazem algum tipo de tratamento? ☐ NÃO ☐ SIM Se SIM, por favor especifique:

Informação adicional significativa sobre sua saúde passada e presente:

Assinatura do funcionário

Visto (Médico Examinador)
Assinatura/Carimbo/Data

FOLHA 2/2