



FICHA MÉDICA – PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Nome:		Nascimento:		Matrícula:	
Cargo:		Sexo:	Idade:	Admissão:	
Lotação:		Divisão:		Data de realização do Exame:	
<input type="checkbox"/> Admissional	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Demissional	<input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho	<input type="checkbox"/> Mudança de Função	<input type="checkbox"/> Avaliação Médica

PREENCHIMENTO MÉDICO EXAMINADOR

EXAME FÍSICO

Segmento	Normal	Alterado	Segmento	Normal	Alterado	
Cabeça e pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Músculo	Membro Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Membro Inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquelético	Coluna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Abdômen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

P.A.: _____ PULSO: _____ PESO: _____ CINTURA ABDOMINAL: _____ ALTURA: _____

EXAMES LABORATORIAIS

REGISTRAR AS ALTERAÇÕES, CASO O EMPREGADO APRESENTE ALGUM EXAME LABORATORIAL:

FATORES DE RISCO CORONARIANO	NÃO	SIM	FATORES DE RISCO PARA D.O.R.T.	NÃO	SIM
01- Sedentarismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01- Movimentos repetitivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02- Obesidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02- Antecedentes Ocupacionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03- Fumante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03- Má postura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04- História Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04- História Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05- HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05- Ansiedade e/ou Depressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06- Lipidograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06- Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07- Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPLEMENTAR - MASCULINO

Atualmente	NÃO	SIM	Atualmente	NÃO	SIM
DIFICULDADE PARA URINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	JATO DE URINA FRACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs:

COMPLEMENTAR - FEMININO

Atualmente	NÃO	SIM	Atualmente	NÃO	SIM
DOENÇAS GINECOLÓGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DORNASMAMASFORADO PERÍODOMENSTRUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTERAÇÕES MENSTRUAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DUM ALTERADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREVENTIVO: ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs:

COMPLEMENTAR - OFTALMOLÓGICO

Inspeção	Motilidade	Teste cromático	Biomicroscopia	Fundoscopia	Tonometria:
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	___/___ mmHg
Descrição:	Descrição:	Descrição:	Descrição:	Descrição:	

Obs:

RISCOS OCUPACIONAIS

ANTERIORES	<input type="checkbox"/> Ergonômico	<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Químico	<input type="checkbox"/> Biológico	<input type="checkbox"/> Não específico
OBS.:					
ATAUAIS	<input type="checkbox"/> Ergonômico	<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Químico	<input type="checkbox"/> Biológico	<input type="checkbox"/> Não específico
OBS.:					

RESULTADO

<input type="checkbox"/> Apto	ENCAMINHAMENTO PARA OUTRAS ESPECIALIDADES
<input type="checkbox"/> Inapto	<input type="checkbox"/> CARDIOLOGISTA <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGISTA <input type="checkbox"/> GINECOLOGISTA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
Obs:	

_____/_____/_____
CIDADE

Médico do Trabalho