

**ANEXO H**

**MARINHA DO BRASIL  
COLÉGIO NAVAL**

**HISTÓRICO MÉDICO**

**OBS: O Anexo deverá ser impresso, preenchido em letra de forma legível maiúscula, assinado com firma reconhecida e entregue por ocasião da apresentação no Colégio Naval no dia 21 de janeiro de 2024.**

**Nº DE INSCRIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**NOME COMPLETO:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_/\_\_/\_\_

**TIPO SANGUÍNEO:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**TEL:** ( ) \_\_\_\_\_ (Residencial) ( ) \_\_\_\_\_ (Celular)

**NOME DA MÃE:** \_\_\_\_\_

**NOME DO PAI:** \_\_\_\_\_

**CALENDÁRIO VACINAL:**

No dia da apresentação deverá ser levado o Cartão de Vacinação original e uma cópia legível.

1) Possui algum tipo de alergia (alimentar e/ou medicamentosa)? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, qual (is) ? \_\_\_\_\_

2) Já foi submetido a alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Qual (is)? \_\_\_\_\_

3) Já precisou de internação hospitalar? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Por que? E Quando ? \_\_\_\_\_

4) Já precisou realizar hemotransfusão (transfusão de sangue)? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Por quê? \_\_\_\_\_

5) Faz uso contínuo de medicamento ?

Caso afirmativo, Qual (is) ? e Desde quando?

( ) coração \_\_\_\_\_

( ) hipertensão arterial \_\_\_\_\_

( ) anticoagulante \_\_\_\_\_

( ) AAS ou outro analgésico \_\_\_\_\_

( ) alergia \_\_\_\_\_

( ) diabetes \_\_\_\_\_

( ) corticóides ( oral ou tópico) \_\_\_\_\_

( ) penicilina, amoxicilina, e/ou outros antibióticos \_\_\_\_\_

( ) distúrbios do sono (insônia), depressão e ansiedade \_\_\_\_\_

( ) anticonvulsivantes (contra convulsão) \_\_\_\_\_

( ) anticoncepcional (oral ou injetável) \_\_\_\_\_

( ) outras medicações . Quais? \_\_\_\_\_

6) Faz uso regular, ou fez uso nos últimos 12 meses, de suplementação para aumento de massa muscular, energéticos, termogênicos ou esteroides anabolizantes ? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo. Qual (is) ?

7) No momento, você tem alguma restrição de saúde para a prática de atividades físicas?

( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo. Qual (is): \_\_\_\_\_

**APARELHO VISUAL (Olhos):**

1) Já apresentou patologia ou comprometimento visual? (EX: Lesão retina, discromatopsia de alto grau, estrabismo) ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, qual (is) ? \_\_\_\_\_

**APARELHO AUDITIVO (Ouvidos):**

1) Já apresentou ou apresenta algum distúrbio da fala ou audição ? ( ) Sim ( ) Não (Ex: perda auditiva, rompimento dos tímpanos, etc.)

Caso afirmativo, Qual (is) ? \_\_\_\_\_

**APARELHO CARDIOVASCULAR (Coração):**

1) Você já sentiu dor torácica ao realizar esforço físico? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Quando ? \_\_\_\_\_

2) Suas atividades físicas são limitadas? ( ) SIM ( ) NÃO

3) Suas queixas pioraram recentemente? ( ) SIM ( ) NÃO

4) Tem dor no peito em repouso? ( ) SIM ( ) NÃO

5) Já apresentou alguma doença cardíaca ? ( História de sopro, doença cardíaca reumática ou doença de válvula cardíaca ) ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, descreva a patologia: \_\_\_\_\_

6) Você fez alguma cirurgia cardíaca? ( ) SIM ( ) NÃO

Caso afirmativo, qual? E quando ? \_\_\_\_\_

8) Você já sentiu palpitação sem realizar esforço físico? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Quando ? \_\_\_\_\_

E precisa descansar, sentar ou se deitar durante as palpitações? ( ) SIM ( ) NÃO

9) Você sente falta de ar, tontura e/ou palidez? ( ) SIM ( ) NÃO

10) Você atualmente ou no passado teve hipertensão arterial? ( ) SIM ( ) NÃO

Caso afirmativo, fez tratamento? Qual? Por quanto tempo \_\_\_\_\_

11) Qual sua última aferição de Pressão Arterial (PA) ? PA\_ \_\_\_\_X\_\_\_\_mm Hg. ( ) Não sei.

12) História familiar de doença cardíaca, hipertensão arterial, cirurgia cardíaca ou história de morte súbita? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Qual? \_\_\_\_\_

#### **APARELHO PULMONAR (Pulmão):**

1) Já apresentou alguma doença respiratória, como bronquite e/ou asma? ( ) SIM ( ) NÃO

2) Apresenta dificuldade respiratória recentemente? ( ) SIM ( ) NÃO

Caso sim, quantas vezes as suas crises ocorrem por semana? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ou mais.

3) Você já teve alguma outra doença pulmonar? (Ex: Pneumotórax espontâneo, tuberculose, fibrose cística, enfisema, e ...) ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Qual? \_\_\_\_\_

#### **SISTEMA ENDÓCRINO (hormônios):**

1) Apresenta história de diabetes ( “açúcar elevada no sangue”)? ( ) SIM ( ) NÃO

2) Faz ou já fez uso de insulina? ( ) SIM ( ) NÃO

3) Já apresentou algum episódio de hipoglicemia ( “ açúcar baixo no sangue”)?

4) Apresenta ou apresentou algum distúrbio na tireoide (doença da tireóide, como hipotireoidismo ou hipertireoidismo) ? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Qual? \_\_\_\_\_

**APARELHO NEUROLÓGICO (Cérebro):**

1) Apresenta ou já apresentou história de crise convulsiva ? E ou história de epilepsia? ( ) SIM ( ) NÃO

Caso afirmativo, quando e qual tratamento realiza ou realizou ? \_\_\_\_\_

2) Após a introdução do tratamento as crises ficaram controladas? \_\_\_\_\_

3) Já apresentou alguma outra doença neurológica? Qual? Fez Tratamento? \_\_\_\_\_

**SISTEMA HEPÁTICO (Fígado):**

1) Você teve ou tem alguma doença hepática (fígado)? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Qual (is)? Fez Tratamento? (Ex: hepatite viral ou medicamentosa, cirrose, etc.) \_\_\_\_\_

2) Apareceram hematomas em seu corpo sem você lembrar a causa? ( ) SIM ( ) NÃO

3) Você teve hemorragia por mais de 1 hora durante cirurgia e/ou ferida? ( ) SIM ( ) NÃO

**APARELHO RENAL (Rim):**

1) Já apresentou alguma doença renal, como cálculos ( “pedras nos rins” ) ? ( ) SIM ( ) NÃO

Caso afirmativo, Qual? \_\_\_\_\_

2) Fez ou faz uso de alguma medicação para os rins? Ou história de diálise? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo, Qual? \_\_\_\_\_

**SISTEMA HEMATOLÓGICO (Sangue):**

1) Já teve ou tem alguma doença hematológica? (Ex: leucemia, hemofilia,...) (  ) Sim (  ) Não

Caso afirmativo, Qual (is) ? \_\_\_\_\_

**APARELHO INTESTINAL:**

1) Você já apresentou algum sangramento intestinal? Quando? (  ) SIM (  ) NÃO

2) Tem histórico de doenças como hemorróidas, diverticulite, intolerância à lactose ou alergia alimentar, doença de Chron, colón irritable? (  ) Sim (  ) Não

Caso afirmativo, Qual? E tratamento realizado ?  
\_\_\_\_\_

**APARELHO GENITURINÁRIO:**

1) Exclusivo para o sexo masculino: Apresenta ou já apresentou história de varicocele, dor testicular, algum cisto ou tumor de testículo (  ) SIM (  ) NÃO

Caso afirmativo, submeteu-se a qual tratamento? \_\_\_\_\_

2) Exclusiva para sexo feminino: História de alguma doença ginecológica e/ou cirurgia ginecológica ? (  ) Sim (  ) Não

Caso afirmativo, qual (is) e quando ?

3) Apresenta ou já apresentou alguma infecção sexualmente transmissível (Ex: herpes genital, verruga genital, sífilis, gonorreia) ? (  ) Sim (  ) Não

Caso afirmativo, quando e qual tratamento realizado ? \_\_\_\_\_

**APARELHO ORTOPÉDICO (Ossos):**

1) Já apresentou algum problema ortopédico (Ex: fratura, problemas do joelho, “coluna torta”, desnível entre os membros, peito escavado, ou rompimento de ligamento de qualquer parte do corpo)?

(  ) Sim (  ) Não

Caso sim, Qual? \_\_\_\_\_

Fez alguma cirurgia corretiva? \_\_\_\_\_

**DERMATOLOGIA (Pele):**

1) Já teve alguma doença dermatológica? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo.: Qual (is) e Quando ? \_\_\_\_\_

**PSIQUIATRIA:**

1) Já realizou ou realiza acompanhamento psiquiátrico ou psicológico ( ) Sim ( ) Não

2) História familiar de doença psiquiátrica, como esquizofrenia, transtornos de humor, depressão, ansiedade, surto psicótico, e etc.) ?

Caso sim, Qual (is)? E qual grau parentesco? \_\_\_\_\_

**SISTEMA VASCULAR (Veias e artérias):**

1) Apresenta ou já apresentou veias varicosas em membros inferiores? Fez tratamento?  
( ) Sim ( ) Não

Caso sim. Qual( is)? \_\_\_\_\_

**NEOPLASIA (Câncer):**

1) Já apresentou alguma doença neoplásica? Qual? \_\_\_\_\_

2) História familiar de câncer, como câncer de próstata, pulmão, mama, ovário? ( ) Sim ( ) Não

Caso afirmativo: Qual (is)? Qual grau parentesco ? \_\_\_\_\_

**GERAL:**

1) Espaço reservado para comentário que considere importante quanto a sua condição física e de saúde atual.

---

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

---

(Pais/Responsável ou Candidato maior de idade)\*