

ANEXO I

**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 29 de janeiro de 2023.

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 ? _____

3) Após a introdução do tratamento as crises ficaram controladas? _____

4) 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 irritável? () Sim () Não

Caso afirmativo, Qual? E tratamento realizado ?

APARELHO GENITOURINÁRIO:

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 ortopédica (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)*