

APÊNDICE XX

FOLHA DE ANAMNESE DIRIGIDA

ADMISSÃO AO PROCESSO SELETIVO: _____

NOME: _____ IDENTIDADE: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

01. Já teve: () sarampo () catapora () caxumba () rubéola () meningite () Nenhuma destas

02. Fuma? () 1 a 10 cigarros/dia () 11 a 20 cigarros/dia () mais 21 cigarros/dia () Não

03. Usa bebidas alcoólicas? () Socialmente () Diariamente () Raramente () Não

04. Usa ou usou drogas ilícitas/entorpecentes (maconha, cocaína, crack, LSD, etc)?

() Diariamente () Semanalmente () Raramente () Experimentalmente () Nunca

05. Usa ou usou anabolizantes? () Frequentemente () Raramente () Experimentalmente () Nunca

06. Na sua família (pai, mãe, irmãos, tios e tias, avós) existem casos de:

() Morte súbita antes dos 50 anos () Pressão alta () Problemas no coração () Câncer () Diabetes () Anemias

() Doença Psiquiátrica () Nenhuma destas

VOCÊ APRESENTOU OU APRESENTA:

		SIM	NÃO
07	Traumas ou pancadas na cabeça?	()	()
08	Convulsões, epilepsia ou necessidade de acompanhamento com Neurologista?	()	()
09	Doenças psiquiátricas ou acompanhamento psicológico?	()	()
10	Desequilíbrio, tonteira ou desmaio ao realizar esforço físico?	()	()
11	Dor ou desconforto no peito ao realizar esforço físico ou no repouso?	()	()
12	Falhas ou disparadas no coração?	()	()
13	Sopro no coração?	()	()
14	Pressão alta?	()	()
15	Asma ou bronquite ou necessitou realizar nebulização em algum momento? Data aproximada da última crise: _____.	()	()
16	Exame com dosagem elevada de açúcar no sangue (diabetes)?	()	()
17	Dor nos ossos ou articulações que pioram com a atividade física?	()	()
18	Problemas, dor ou limitação dos movimentos da coluna vertebral?	()	()
19	Indicação do médico para uso de palmilha?	()	()
20	Deslocamento ou dor nos joelhos e ombros durante a atividade física ou repouso?	()	()
21	Acompanhamento médico na Traumatologia, Ortopedia, Reumatologia ou na Fisioterapia?	()	()
22	Limitação na realização de algum movimento do corpo?	()	()
23	Fraturas (ossos quebrados)?	()	()
24	Indicação do uso de alguma medicação (pressão alta, anti-inflamatório, anticonvulsivantes e psiquiátrica)?	()	()
25	Necessidade de alguma cirurgia (amígdalas, fimose, hérnia, apendicite, ossos, coração, rim, etc.)?	()	()

INFORMAÇÃO PESSOAL

(nos termos da Lei nº 12.527/2011 e regulamentada pelo Decreto nº 7.724/2012).

26	Necessidade de internação hospitalar?	()	()
27	Indicação do uso de óculos ou lentes de contato ?	()	()
28	Necessidade de cirurgia nos olhos ou uso de medicação indicada pelo oftalmologista?	()	()
29	Cicatrizes ou tatuagens?	()	()
30	Alguma alergia (alimentos, poeira, medicamentos, etc.)?	()	()
31	Hepatite diagnosticada por médico ou exame laboratorial?	()	()
32	Doenças venéreas?	()	()
33	Doenças de pele?	()	()
34	Algum sintoma ou indicação/necessidade de acompanhamento médico?	()	()
35	Reprovação em algum exame de saúde realizado nas Forças Armadas, Polícia ou Bombeiro Militar?	()	()

ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS:

Salvador-BA, em ____/____/____

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO