

**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:

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
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: _____, em ___/___/_____			
_____ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO			