

Prezado(a) Senhor(a) favor preencher todas as informações contidas neste prontuário, que são de grande importância para o Serviço Médico Conveniados

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO					
1º Tipo de exame:	Admissional	Periódico	Demissional	Mudança de Função	Retorno ao trabalho
Nome: _____	sexo: M	F	Data de Nasc.: ____/____/____		
RG: _____	CPF: _____	Fone: _____		Fone: _____	
Empresa: _____	Fone: _____		CNPJ: _____		
Função: _____	Depto/Unid.: _____		Cidade: _____		

7 ESTILO DE VIDA / ANTECEDENTES					
8 FUMA: 9 <input type="checkbox"/> SIM 11 <input type="checkbox"/> NÃO	12 BEBIDAS ALCÓOLICAS: 13 <input type="checkbox"/> NÃO 15 <input type="checkbox"/> DIARIAMENTE	17 ATIVIDADE FÍSICA: 18 <input type="checkbox"/> 3X POR SEMANA 20 <input type="checkbox"/> FINS DE SEMANA	21 TEM ALGUM HOBBY: QUAL: _____		
10 <input type="checkbox"/> PAREI DE FUMAR	14 <input type="checkbox"/> 3X POR SEMANA 16 <input type="checkbox"/> FINS DE SEMANA	19 <input type="checkbox"/> NÃO QUAL: _____			
22 FREQUENTEMENTE VOCÊ SE SENTE: 23 <input type="checkbox"/> CALMO 25 <input type="checkbox"/> ANSIOSO 27 <input type="checkbox"/> TENSO	29 ASSINALE SE É PORTADOR DE: 30 <input type="checkbox"/> DIABETES 32 <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	36 DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO: ____/____/____			
24 <input type="checkbox"/> ESTRESADO 26 <input type="checkbox"/> DEPREMIDO 28 <input type="checkbox"/> IRRITADO	31 <input type="checkbox"/> CÂNCER 33 <input type="checkbox"/> ASMA/BRONQUITE				
34 DOENÇAS ANTERIORES/CIRURGIAS: _____			35 USO DE MEDICAÇÃO QUAL: _____		
27 DOENÇAS NA FAMÍLIA: (PAI, MÃE, IRMÃO, AVÓS, TIOS)			43 QUANTOS EMPREGOS VOCÊ TEM: _____		
38 <input type="checkbox"/> DIABETES 40 <input type="checkbox"/> CÂNCER 42 <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	44 QUANTAS HORAS DE TRABALHO POR DIA: _____				
39 <input type="checkbox"/> INFARTO 41 <input type="checkbox"/> DERRAME					

DECLARO A RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS. ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: _____

PARA USO DO MÉDICO

Preencher todos os campos em letra de forma. Caso necessário, use o verso

45 Queixas	
46 <input type="checkbox"/> SIM 47 <input type="checkbox"/> NÃO	Quais: _____

48 Sinais Vitais e Biometria	53 Pele e Mucosas	59 Olhos (somente se realizado o teste)
49 PA ____ X ____ mmhg 51 F.C.: ____ bpm	54 <input type="checkbox"/> Normal 57 <input type="checkbox"/> Descoradas	60 <input type="checkbox"/> Normal 63 <input type="checkbox"/> AC. Visual alterada
50 peso: ____ kg 52 altura: ____ m	55 <input type="checkbox"/> Ictéricas 58 <input type="checkbox"/> Cianóticas	61 <input type="checkbox"/> Com correção 64 <input type="checkbox"/> Senso cromático alterado
	56 <input type="checkbox"/> Dermatoses - Tipo: _____	62 <input type="checkbox"/> Sem correção 65 <input type="checkbox"/> Não realizado

66 Cabeça e Pescoço	74 Respiratório
67 <input type="checkbox"/> Normal 69 <input type="checkbox"/> Tireóide alterada 71 <input type="checkbox"/> Dente alterado	75 <input type="checkbox"/> Normal 77 <input type="checkbox"/> M. V. alterado
68 <input type="checkbox"/> Garganta alterada 70 <input type="checkbox"/> Adenomegalia 72 <input type="checkbox"/> Ouvido alterado	76 <input type="checkbox"/> Presença de ruídos adventícios
73 Obs.: _____	78 Obs.: _____

79 Cardiovascular	85 Abdome
80 <input type="checkbox"/> Normal 81 <input type="checkbox"/> Arritmias 82 <input type="checkbox"/> Sopros 83 <input type="checkbox"/> Outros	86 <input type="checkbox"/> Normal 87 <input type="checkbox"/> Dor à palpação 88 <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia
84 Obs.: _____	89 <input type="checkbox"/> Massas palpáveis 90 Obs.: _____

91 Membros Inferiores	96 Extremidades
92 <input type="checkbox"/> Normal 94 <input type="checkbox"/> Edema 95 <input type="checkbox"/> Limitação a rotação interna	97 <input type="checkbox"/> Normal 99 <input type="checkbox"/> Pulsos periféricos ausentes
93 <input type="checkbox"/> Limitação à rotação externa	98 <input type="checkbox"/> Edemas 100 <input type="checkbox"/> Varizes discretas 101 <input type="checkbox"/> Varizes intensas

102 Ombros					
103 <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> 105 dor à rotação externa c/ adução	106 <input type="checkbox"/> D	107 <input type="checkbox"/> E	111 Dor à palpação do biceps	112 <input type="checkbox"/> D 113 <input type="checkbox"/> E
104 <input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> 108 dor à rotação interna c/ adução	109 <input type="checkbox"/> D	110 <input type="checkbox"/> E	114 Dor à palpação sub-acromial	115 <input type="checkbox"/> D 116 <input type="checkbox"/> E

117 Mãos e Punhos (assinalar, se teste positivo)								
118 <input type="checkbox"/> Normal	120 <input type="checkbox"/> D 121 <input type="checkbox"/> E	125 Teste de Finkelstein	126 <input type="checkbox"/> D	127 <input type="checkbox"/> E	134 Crepitação	135 <input type="checkbox"/> D	136 <input type="checkbox"/> E	
119 teste de tinel	122 perda da capacidade de preensão	128 Manobra de Phalen	129 <input type="checkbox"/> D	130 <input type="checkbox"/> E	137 Edema	138 <input type="checkbox"/> D	139 <input type="checkbox"/> E	
122 perda da capacidade de preensão	123 <input type="checkbox"/> D 124 <input type="checkbox"/> E	131 Nódulos /cistos	132 <input type="checkbox"/> D	133 <input type="checkbox"/> E				

140 Cotovelos	157 Coluna
141 <input type="checkbox"/> Normal	148 Parestesias 149 <input type="checkbox"/> D 150 <input type="checkbox"/> E
142 Choque 143 <input type="checkbox"/> D 144 <input type="checkbox"/> E	151 Edema 152 <input type="checkbox"/> D 153 <input type="checkbox"/> E
145 Dor Epicôndilo lateral 146 <input type="checkbox"/> D 147 <input type="checkbox"/> E	154 Dor Epicôndilo medial 155 <input type="checkbox"/> D 156 <input type="checkbox"/> E
	158 <input type="checkbox"/> Normal 160 <input type="checkbox"/> Lordose 162 <input type="checkbox"/> Escoliose
	159 <input type="checkbox"/> Cifose 161 <input type="checkbox"/> Laségue 163 <input type="checkbox"/> Limitação de Flexão
	164 Limitação de lateralização 165 <input type="checkbox"/> D 166 <input type="checkbox"/> E

167 EXAMES COMPLEMENTARES DO PCMSO

(Preenchimento obrigatório, se previsto no Protocolo do PCMSO)

Data	Exame	Resultado	Normal	Alterado	Data	Exame	Resultado	Normal	Alterado
__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

168 Outros exames complementares

Data	Exame	Resultado	Normal	Alterado	Data	Exame	Resultado	Normal	Alterado
__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

169 Avaliações Fonoaudiológicas**170 Audiometria:**

171 Normal
 172 Alterado OD OE

175 Grau de alteração audiométrica:

176 Discreto 178 Moderado
 177 Secero 179 Profundo

182 Qualidade Vocal:

183 Normal 185 Rouca 187 Soprosa
 184 Áspera 186 Outros

188 Grau de alteração vocal:

189 Discreto 191 Moderado
 190 Severo 192 Extremo

180 Data do Exame: ____/____/____

181 Não realizada

193 Data do Exame: ____/____/____

194 Não realizada**195 Conclusões**

196 Sugestivo de PAIR 197 Sim 198 Não
 199 Sugestivo de laringopatia relacionada ao trabalho 200 Sim 201 Não

202 Condultas:

203 Avaliações semestrais para controle 204 Sim 205 Não
 206 Orientação para programa de Conservação Auditiva PCA 207 Sim 208 Não
 209 Sugestão de mudança de função 210 Sim 211 Não
 212 Orientação para programa de Conservação Vocal PCV
 213 Sim 214 Não

215 Saúde Ocupacional**216 Antecedentes**

217 Atividades Anteriores:

218 Quanto Tempo? _____

219 Já teve acidente de Trabalho? 220 Sim 221 Não

222 Quando e motivo: _____

223 Já ficou afastado pelo INSS 224 Sim 225 Não**226 No exame realizado:**227 Existem queixas / alterações de exame físico que necessitam de investigação? 228 Sim 229 Não**230 Situação Atual:**231 Em tratamento 232 Sim 233 Não 234 Qual? _____235 Encaminhamento 236 Sim 237 Não 238 Qual especialidade? _____**239 Classificação**240 Apto para a função 241 Inapto para a função**243 Diagnósticos Prováveis**

244 <input type="checkbox"/> Higiidez	253 <input type="checkbox"/> Asma	262 <input type="checkbox"/> Nefropatia	271 <input type="checkbox"/> Obesidade
245 <input type="checkbox"/> Cefaléia	254 <input type="checkbox"/> DPOC	263 <input type="checkbox"/> Alterações Hematológicas	272 <input type="checkbox"/> Tireopatia
246 <input type="checkbox"/> Enxaqueca	255 <input type="checkbox"/> Pneumopatias	264 <input type="checkbox"/> Dor articular	273 <input type="checkbox"/> Convução
247 <input type="checkbox"/> Alteração Odontológica	256 <input type="checkbox"/> Gastrite / Úlcera	265 <input type="checkbox"/> Dor em Membro	274 <input type="checkbox"/> Epilepsia
248 <input type="checkbox"/> Rinite	257 <input type="checkbox"/> Hepatopatia	266 <input type="checkbox"/> Alterações na coluna	275 <input type="checkbox"/> Neuropatia
249 <input type="checkbox"/> Déficit Visual	258 <input type="checkbox"/> Constipação Intestinal	267 <input type="checkbox"/> Deficiência Física na	276 <input type="checkbox"/> Doença Psiquiátrica
250 <input type="checkbox"/> Perda Auditiva	259 <input type="checkbox"/> Hérnia	268 <input type="checkbox"/> Doença Reumática	277 <input type="checkbox"/> Dermatoses
251 <input type="checkbox"/> HAS	260 <input type="checkbox"/> Gestação	269 <input type="checkbox"/> Diabetes	278 <input type="checkbox"/> Varizes
252 <input type="checkbox"/> Cardiopatia	261 <input type="checkbox"/> Cálculo Renal	270 <input type="checkbox"/> Dislipidemia	279 <input type="checkbox"/> Neoplasias

280 Conclusão

281 Há patologia comprovadamente ocupacional? 282 Sim 283 Não
 284 Há necessidade de afastamento das atividades? 285 Sim 286 Não Por quantos dias? _____
 287 Há necessidade de restrição de atividades? 288 Sim 289 Não Por quanto tempo? _____
 290 Tipo de restrição: _____

291 Observações Gerais

Data do exame: ____/____/____ Médico - carimbo e assinatura

Tel.: (65) 3321-0656