

	FICHA CLINICA	FC
		Rev.1.

DADOS PESSOAIS		
NOME:		
CONTATO:	DATA DE NASCIMENTO:	GRUPO SANGUINEO/FATOR RH:
Nº DO CADASTRO:	FUNÇÃO:	ÁREA DE ATUAÇÃO:

HISTORICO PATOLOGICO	
1. CARDIOPATA? SIM ☐ NÃO ☐ 2. HIPERTENSÃO? SIM ☐ NÃO ☐ 3. DIABETES? SIM ☐ NÃO ☐ 4. TEVE COVID -19? SIM ☐ NÃO ☐ QUANDO: ____/____ SINTOMAS: _____ 5. TEM ALERGIA? SIM ☐ NÃO ☐ Especifique: _____ 6. FAZ USO DE MEDICAMENTOS? SIM ☐ NÃO ☐ Especifique: _____ 7. É DOADOR? SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS? SANGUE ☐ MEDULA ☐ ORGÃO ☐ ULTIMA DOAÇÃO ____/____ (MÊS/ANO) 8. JÁ SOFREU ACIDENTE DE TRABALHO? TÍPICO (No Ambiente de Trabalho)? ☐ ATÍPICO(Trajeto)? ☐ _____ _____ _____ 9. POSSUI CARTÃO DE VACINAÇÃO? SIM ☐ NÃO ☐ ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA DE VACINA ATUALIZADA. De acordo com o que dispõe a NR 32 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 597- A todo trabalhador dos serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO; O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço.	

ASSINATURA:	DATA:
-------------	-------