

ANALISTA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA CÓDIGO DO CARGO: 26	ENFERMEIRO	01	BETIM
	ENFERMEIRO	01	BELO HORIZONTE
	ENFERMEIRO	01	MONTES CLAROS
	ENFERMEIRO	01	JUIZ DE FORA
	FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO	01	BELO HORIZONTE

ANEXO VI (a que se refere o item 5.5.1 do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2020)

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

SEXO:  F  M IDADE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ MASP (se tiver): \_\_\_\_\_

01 - Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima:		

02 – Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado? ( ) Não ( ) Sim. Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem).

03 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

05 – Já sofreu alguma fratura?

( ) Não ( ) Sim. Tipo(s)? \_\_\_\_\_

06 – Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Por quais períodos? \_\_\_\_\_

Por quais motivos? \_\_\_\_\_

07 – Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

08 – É tabagista?

( ) Não ( ) Sim. Cigarros/dia? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)?

( ) Não ( ) Sim.

Quantidade: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

10 – Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

11 – Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_



Documento assinado eletronicamente com fundamento no art. 6º do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://www.jornalminasgerais.mg.gov.br/autenticidade>, sob o número 3202005140005180130.