

Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional

QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL – EXAME ADMISSIONAL

1. DADOS - Pessoais e funcionais:

Nome:		Naturalidade:	
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: () Feminino () Masculino	
CPF:		R.G.:	
Estado Civil:		Cor:	
Cargo:			

2. ANAMNESE - Marque SIM ou NÃO no quesito que você já vivenciou ou vivencia:

Situações	Sim	Não	Situações	Sim	Não	Situações	Sim	Não
Doença do Coração;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença do fígado;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teve grande ganho de peso;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensão Arterial (Pressão Alta);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de intestino;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor de cabeça frequente (enxaqueca);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitação e Pressão no Peito;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarréia frequente;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pancada ou fratura cabeça;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de Ar (Dispneia);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença da vesícula;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parasitose intestinal (vermes);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fratura ou doença dos ossos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse Crônica;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroidas;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença das articulações;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquite;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidade ou fadiga;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença da coluna;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença dos rins;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor lombar;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculo renal;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor nos pés ou nas pernas;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença do ouvido;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hérnia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor nos braços ou ombros;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença do nariz;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de visão;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor nas mãos ou punhos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouquidão ou perda de voz;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catarata;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dor no quadril ou joelhos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença da garganta;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pode executar tarefas pesadas;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusite;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença de pele;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença do esôfago;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abscesso ou tumores;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catapora;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refluxo gastroesofágico (doença do refluxo);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença da tireoide;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença venérea;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrite;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença dos nervos;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teve grande perda de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem varizes;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomou as três doses da vacina da hepatite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foi operado alguma vez ou recomendado operar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do quê?			Tomou as três doses da vacina antitetânica nos últimos 10 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O quê?		
Alergia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomou outras vacinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esteve doente devido ao trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do quê?			Qual?			Por quê?		
Intoxicação;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingressou no serviço público em vaga reservada para candidato portador de deficiência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fez ou faz uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do quê?			Por quê?			Qual droga?		
Ansiedade;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teve ou tem outras doenças que não estão indicadas acima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual a quantidade?		
Depressão;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O quê?			Quantas vezes por semana?		
Outro problema de Saúde Mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esteve internado alguma vez em hospital ou sanatório?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suas condições físicas atuais impedem algum trabalho específico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O quê?			Por quê?			O quê?		

Declaro que as informações acima são verdadeiras

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor

Fumou ou fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você já tirou alguma licença médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toca algum instrumento musical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quantas cigarros por dia?			Por quê?			O quê?		
Durante quanto tempo?			Suas condições de saúde atuais promovem alguma limitação para o trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantas horas por dia?		
Você bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O quê?			Pratica alguma atividade física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguma vez sentiu que devia diminuir a quantidade de bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desenvolve atividades manuais (trico, pintura, artesanato)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual modalidade?		
As pessoas o aborrecem por que criticam seu modo de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O quê?			Quantas vezes na semana?		
Você se sente culpado pela maneira como bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantas vezes por semana desempenha essas atividades?			Tem alguma atividade de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			O quê?			

3. ANTECEDENTES FAMILIARES - Seus familiares diretos (pai, mãe, irmãos e avós), mesmo os já falecidos, têm ou tiveram alguma das doenças abaixo?

Doenças	Sim	Não	Grau de Parentesco	Doenças	Sim	Não	Grau de Parentesco
Você tem algum problema familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Algum familiar com doença do coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Algum familiar com doença do sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algum familiar com distúrbios psíquicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Algum familiar com diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algum familiar com epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Algum familiar com asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algum familiar com alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Algum familiar com pressão alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algum familiar com tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Algum familiar com câncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. ANTECEDENTES OCUPACIONAIS:

Marque SIM ou NÃO		Sim	Não
Executa ou executou tarefas perigosas ou insalubres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O quê?			
Você usa(ou) equipamento de proteção individual - EPI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais?			
Tem outra atividade de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O quê?			
Quantas horas gasta nesta atividade?			
Já sofreu de doença do trabalho ou profissional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já sofreu algum acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como, quando e o que aconteceu?			
Afastou-se do trabalho por acidente ou doença profissional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando e por quanto tempo ficou afastado (em dias)?			
Teve alguma seqüela ou complicação em sua recuperação? Explique.			
Atualmente você tem algum desconforto por este problema? Explique.			

Declaro que as informações acima são verdadeiras

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor

INFORMAÇÕES A SEREM PREENCHIDAS PELO MÉDICO EXAMINADOR

5. EXAME MÉDICO:

Peso: Kg **Altura:** Cm **Cintura** Cm **Quadril** Cm

Pulso bpm P.A. **Sistólica** X **Diastólica**

Anamnese:
Exame Físico:
Aparelho Áudio Visual:
Cabeça e Pescoço:
Aparelho Cardiorrespiratório:
Abdômen:
Coluna Vertebral:
Membros Superiores:
Membros Inferiores:
Observações:

Declaro que as informações acima são verdadeiras

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor

Conclusão de Exames realizados (somente para cargos de provimento efetivo):

Data Exame	Exame	Resultado	Assinatura
	Oftalmológico		
	Raio X do tórax		
	Eletrocardiograma ECG		
	Laudo Psiquiátrico	() Apto () Inapto	
	Hemograma Completo		
	Glicemia de jejum		
	Uréia		
	Creatinina		
	TGO		
	TGP		
	IF. para T. Cruzei		
	PSA (homens acima de 40 anos)		

Riscos relacionados com a atividade (Necessidade do Serviço de Saúde Ocupacional):

FÍSICOS		QUÍMICOS			ERGONÔMICOS	
Calor		Gases anestésicos	Detergentes	Revelador/fixador		Movimentos repetitivos com mmss
Frio		Glutaraldeído	Iodo metálico	Fumos metálicos		Trabalho predominantemente em pé
Ruído		Óxido de etileno	Iodo em solução	Chumbo		Trabalho predominantemente sentado
Radiação ionizante		Mercúrio metálico	Fenol	Xileno		Movimentação de pesos
Radiação não ionizante		Quimiot. de câncer	Formaldeído	Etanol		Esforço visual continuado
Umidade		Solventes orgânicos	Hipoclorito de sódio	Poeiras fibrogênicas		Trabalho predominantemente curvado
Poeira não fibrogênica		Óleos e graxas	Álcis cáusticos	Poeiras não fibrogênicas		

() Não há riscos ocupacionais específicos para a atividade que irá exercer no Serviço Público Estadual.

Conclusão:

Os exames e avaliações possibilitam o(a) candidato(a) a assumir o cargo:	() sim	() não
Solicitamos apresentação de outros exames complementares:	() sim	() não
Solicitamos parecer de médico especialista para conclusão:	() sim	() não

() **APTO**

() **INAPTO**

Goiânia – GO, ____ / ____ / 20____.

Data ____ / ____ / ____

Carimbo e Assinatura do Médico

Declaro que as informações acima são verdadeiras

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Servidor