

CONFIDENCIAL
(Quando preenchido)

QUESTIONÁRIO MÉDICO

NOME _____ IDADE _____
MORADA COMPLETA _____ CÓDIGO POSTAL _____
EM CASO DE ACIDENTE COM QUEM SE DEVE CONTACTAR _____ TELEFONE _____
GRUPO SANGUÍNEO _____ RH _____, DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / _____

INSTRUÇÕES (Leia com atenção)

1. Este questionário destina-se a recolher informações para o Serviço de Saúde do Navio, para despiste de eventuais necessidades deste serviço.
2. Em relação a cada pergunta assinale com “X” dentro da coluna “SIM” ou “NÃO”.

PERGUNTAS	SIM	NÃO
DECLARAÇÕES PESSOAIS		
Esteve recentemente hospitalizado?		
Foi Operado recentemente?		
Teve perdas de consciência? Epilepsia?		
Consome narcóticos ou estimulantes? a)		
Dores de Ouvidos? Sinusite? Rinite?		
Doenças Pulmonares, Asma, Pneumotórax, Tuberculose?		
Doenças no Aparelho Digestivo, Azia, Úlcera?		
Doenças do Coração?		
Doenças Renais?		
Doenças Ósseas, Coluna, Articulações?		
Diabetes?		
Toma regularmente algum medicamento? a)		
Doenças da pele?		
Tem conhecimento de ter alguma alergia? a)		
Tem tido a Tensão Arterial Alta?		
Hábitos Alcoólicos?		
Hábitos Tabágicos?		
Possui Deficiências Físicas ou Psíquicas? a)		
Outros a)		

CONFIDENCIAL
(Quando preenchido)

PERGUNTAS	SIM	NÃO
ANTECEDENTES FAMILIARES		
Doenças Cardíacas/Vasculares?		
Morte Súbita?		
Asma?		
Diabetes?		
Epilepsia?		
Tumores?		
Doenças da Coagulação?		
Outros a)		

ANTECEDENTES PESSOAIS		
Hábitos Tabágicos/Alcoólicos?		
Febre Reumática?		
Doenças Hematológicas?		
Hepatite?		
Úlcera Péptica?		
Meningite?		
Paludismo?		
Pneumopatias (Asma Brônquica, Alergias)?		
Epilepsia?		
Diabetes Mellitus?		
Cardiopatias?		
Traumatismos Craneanos ou Fracturas Ósseas?		
Perdas de Consciência?		
Vacinas Actualizadas (Tétano)?		
Outros a)		

a) Em caso Afirmativo diga quais e há quanto tempo. _____

CONFIRMO AS DECLARAÇÕES POR MIM EFECTUADAS

DATA ____ / ____ / _____ **ASSINATURA** _____