# ANEXO I

(A que se refere o *caput* do art. 1º do Decreto nº 47.901, de 30 de março de 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)? . 12 – Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? . 13 – Apresenta ou já apresentou alguma doença infecto contagiosa?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? . 14 – Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc.)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? . 15 – Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? . 16 – Já teve algum acidente de trânsito?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? . 17 – Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida?

( ) Não ( ) Sim.

18 – Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos? .

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

**Local Data** / /

# Assinatura do declarante