



20/PR - SANTOS DUMONT

**FICHA MÉDICA**

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

**UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO** ( ) Não ( ) Sim

( ) Óculos ( ) Lentes de contato ( ) Aparelhos dentários ( ) Sondas ( ) Marcapasso ( ) Aparelhos de audição

( ) Outros Cite: \_\_\_\_\_

**DOENÇAS JÁ OCORRIDAS OU EM TRATAMENTO** ( ) Não ( ) Sim

( ) Asma ( ) Bronquite ( ) Catapora ( ) Caxumba ( ) Convulsões ( ) Desmaios ( ) Dengue ( ) Diabetes

( ) Epilepsia ( ) Hemofilia ( ) Hemorragias ( ) Hepatite ( ) Rubéola ( ) Sarampo ( ) Sinusite

Em tratamento: \_\_\_\_\_

Informações: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU NÃO)** ( ) Não ( ) Sim

\*\*\* Se necessário, listar medicamentos no verso \*\*\*

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? \_\_\_\_\_

( ) Sim ( ) Não

Informações: \_\_\_\_\_

**EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

( ) Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis ( ) Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências ( ) Pais ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Plano de saúde: ( ) Não/SUS ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Nº Carteirinha: \_\_\_\_\_

Médico de Preferência: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

**ALERGIAS** ( ) Não ( ) Sim

( ) Picada de inseto Cite: \_\_\_\_\_

( ) Medicamentos Cite: \_\_\_\_\_

( ) Plantas Cite: \_\_\_\_\_

( ) Alimentos Cite: \_\_\_\_\_

( ) Outro Cite: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES GERAIS**

Possui impedimento físico? ( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Restrições a alimentos? ( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Problemas cardíacos? ( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Sabe nadar? ( ) Não ( ) Sim

É sonâmbulo? ( ) Não ( ) Sim

**DISTÚRBIOS PSICOLÓGICOS**

Apresenta Distúrbio de Comportamento? \_\_\_\_\_

Exemplo: Conduta, Hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Apresenta Distúrbio Alimentar? \_\_\_\_\_

Exemplo: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

Apresenta Distúrbio de Ansiedade Fóbica? \_\_\_\_\_

Exemplo: Distúrbio de pânico, Agorafobia (lugares fechados ou aberto), Fobia Social, etc.

( ) Não ( ) Sim Cite: \_\_\_\_\_

**DEFICIÊNCIAS** ( ) Não ( ) Sim

( ) Física Cite: \_\_\_\_\_

( ) Visual Cite: \_\_\_\_\_

( ) Auditiva Cite: \_\_\_\_\_

( ) Intelectual Cite: \_\_\_\_\_

Data da última atualização: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Responsável: \_\_\_\_\_