

**FICHA**  
**EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSÃO**  
**PARA INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO**

Decreto 43.657 de 21 /11/2003

DATA DO EXAME: ____/____/____
Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____
Filiação: _____ e _____
Natural de: _____ Estado de _____ RG nº _____
Endereço : _____ Cidade: _____
Cargo/Função: _____ Secretaria: _____

**Este questionário deverá ser preenchido pelo paciente, antes da consulta.**

1-Sua saúde tem sido boa? _____
1.a) Como é a saúde de seus pais? _____
1.b) Procurou médico nos últimos 06(seis) meses? Em caso afirmativo explique: _____
2-Tem dor de cabeça? Com que frequência? _____
3.a) Procurou que tipo de Médico para tratar a dor? _____
3.b) Já fez consulta com Neurologista? _____
3.c) Fez ou faz uso de medicamento para sanar a dor de cabeça? _____
4- Já sofreu ataque, desmaio ou convulsão? Em caso afirmativo responda, qual a causa provável? _____
5.Usa óculos? Em caso afirmativo responda, por que faz uso de óculos; qual a (acuidade visual) grau? _____
5.a) Com que frequência procura o oftalmologista? _____
6- ouve bem? _____
7- Tem boa saúde do aparelho digestivo? _____
7.a) Tem Vômitos? _____ Diarréias? _____
7.b) Tem náuseas ou enjoos? _____
7.c) Já fez endoscopia? _____ O resultado foi? _____
7.d) Já apresentou cólicas renais? _____ Qual Motivo? _____
7.e) Já teve ou tem ulcera ou gastrite? _____
7.f) Já teve ou tem algum tipo de alergia? _____
8- <b>Somente para Mulheres</b>
8.a) Tem filhos? _____ Quantos? _____
8.b) Fez parto normal ou cesária? _____
8.c) Teve aborto? Em caso afirmativo responda, sabe a causa? _____
8.d) Teve parto prematuro? _____
8.e) Já fez cirurgia ginecológica? _____
8.f) Já fez biopsia? _____
8.g) Sofreu ou sofre de mioma? _____ Endometriose? _____
8.h) Suas menstruações são normais? _____ Você tem cólicas? _____
8.i) Tem fluxo excessivo? _____ Em caso afirmativo faz tratamento? _____
8.j) Você faz consultas ginecológicas ? _____
Com que frequência: ( ) de 03 a 08 meses ( ) de 01 à 02 anos ( ) a cada 03 anos
8.l) Durante a gravidez teve algum problema de saúde? _____



Exames Complementares Solicitados \_\_\_\_\_

Encaminhamento Para Especialidades Médicas \_\_\_\_\_

Pareceres de Outras Especialidades da Medicina \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES.: \_\_\_\_\_

PARECER MÉDICO.:

( ) APTO                      Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) RETIDO                    Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) INAPTO                    Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico \_\_\_\_\_