

EXAME MÉDICO PERIÓDICO

Identificação

Nome: _____ Data nascimento: _____
Matrícula: _____ Cargo/ Lotação: _____
Tempo no órgão: _____ Tempo na lotação atual: _____
Pessoa com deficiência: ()Não ()Sim: _____

Antropometria

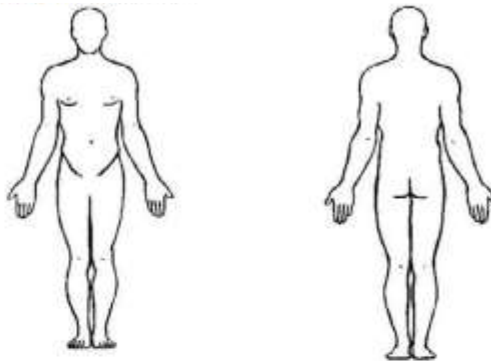
Peso: Altura: IMC: Circunferência Abdominal:
PA: FC: FR:

Hábitos e Diagnósticos Atuais

Diagnósticos atuais (CID): _____
Medicações: ()Não ()Sim: _____
Etilismo: ()Não ()Sim (CAGE): _____
Tabagismo: ()Não ()Sim (anos/maço): _____ Outras drogas: _____
Atividade física: ()Não ()Sim (tipo/tempo/frequência): _____

Anamnese Ocupacional

Falta ao trabalho < 2 anos: () Não () Sim (CID): _____
Acidente de Trabalho < 2 anos: () Não () Sim: ()Típico ()Trajeto ()Doença
Ocupacional
Queixa desconforto, fadiga ou dor com provável relação com o trabalho: () Não () Sim
()Cervical ()Ombros ()MMSS ()Dorsalgia ()MMII
Se sim, marque a localização:



Trabalha com digitação a maior parte do tempo: () Não () Sim. Faz pausas: () Não () Sim.
Queixa ocular: () Não () Sim: _____
Cota individual de trabalho? () Não () Sim: _____
Queixa relacionada ao posto ou organização do trabalho: () Não () Sim _____

EPI/EPC: _____

Qual a sua avaliação do nível atual de estresse: ()Baixo ()Médio ()Alto
()Financeiro ()Trabalho ()Familiar ()Doenças ()Relacionamento - ()

Outros: _____

“Nas últimas duas semanas você tem se sentido”:

- desanimado, deprimido ou desesperançoso? ()Não ()Sim

- pouco interesse ou pouca satisfação em fazer as coisas? ()Não ()Sim

Epidemiologia (doença ocupacional ou acidente): _____

Relações sociais no trabalho: _____

Exame Físico e Mental

Humor: ()Estável ()Ansioso ()Depressivo ()Irritado ()Eufórico

Atenção: ()Preservada ()Diminuída. Insônia: ()Não ()Sim.

Memória (capacidade de fixação): ()Preservada ()Alterada

Sintomas psicóticos (delírios e alucinações): ()Presente ()Ausente

Cabeça e Pescoço: _____

Cardiovascular: _____

Respiratório: _____

Abdome: _____

Locomotor - Coluna vertebral: _____

MMSS (ombro, cotovelo, antebraço, punho e dedos): _____

MMII: _____

Neurológico (Marcha, Equilíbrio, Coordenação Motora): _____

Exames Complementares

Laboratório: _____

Outros: _____

Conclusão

Para cumprimento da Legislação vigente, o examinando encontra-se:

()APTO ()INAPTO para o desempenho da função.

Restrições funcionais: ()Não ()Sim _____

Recomendações médicas: ()Não ()Sim _____

Encaminhamento para especialista? ()Não ()Sim _____

Comentários do médico examinador: _____

Data:

Médico - CRM