

COMANDO DA AERONÁUTICA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA AEROESPACIAL
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE AERONÁUTICA

ANEXO II

FORMULÁRIO DE ANAMNESE

DADOS BÁSICOS DO NOMEADO			
Nome			
Sexo		Data de nascimento	
CPF		RG	
Naturalidade			

ANAMNESE			
1. HISTÓRICO OCUPACIONAL			
Outro(s) Emprego(s)			
Teve outros empregos	___Sim ___Não	Onde?	
		Atividade	
		Tempo	
		Meses	
		Anos	
Acidente de Trabalho			
Teve Acidente de trabalho		___Sim ___Não	
Teve afastamento	___Sim ___Não	Tempo de afastamento	
		Dias	
		Meses	
		Anos	
Foi estabelecido nexos causal (CAT)?	___Sim ___Não	Tipo do Acidente	
Houve Sequela?	___Sim ___Não	CIF	
Doença de Trabalho			
Teve doença de trabalho		___Sim ___Não	
CID		Doença Persiste?	___Sim ___Não
Teve afastamento	___Sim ___Não	Tempo de afastamento	
		Dias	
		Meses	
		Anos	
Em caso de afastamento, retornou a mesma atividade		___Sim ___Não	

Outra(s) Atividade(s)			
Exerce outras atividades	__Sim __Não	Qual atividade?	
		Quanto tempo por dia?	____horas
		Há quanto tempo?	____anos e ____meses
Usa Equipamento de Proteção Individual		__Sim __Não	
Quais Equipamentos			
Lateralidade		__Destro __Canhoto __Ambidestro	
Observação			

2. ANTECEDENTES PESSOAIS			
Você tem com frequência:			
Doença nos olhos	__Sim __Não	Dores nos ombros	__Sim __Não
Doenças de pele	__Sim __Não	Dores nos cotovelos	__Sim __Não
Falta de ar / chiado no peito	__Sim __Não	Dor nos dedos / mãos / punhos	__Sim __Não
Resfriados constantes	__Sim __Não	Formigamento nas mãos	__Sim __Não
Alergias	__Sim __Não	Dores na coluna	__Sim __Não
Doenças do nariz e garganta	__Sim __Não	Dor ou ruídos ao movimentar a boca	__Sim __Não
Doenças nos ouvidos	__Sim __Não	Dores nos pés e pernas	__Sim __Não
Dores de cabeça	__Sim __Não	Tensão muscular	__Sim __Não
Desmaios	__Sim __Não	Distúrbio do sono	__Sim __Não
Doenças na boca e dentes	__Sim __Não	Cansaço ao levantar	__Sim __Não
Sangramento na gengiva	__Sim __Não	Ansiedade	__Sim __Não
Doenças de estômago	__Sim __Não	Transtorno mental e/ou comportamental	__Sim __Não
Diarréias frequentes	__Sim __Não	Tristeza profunda / depressão	__Sim __Não
Hemorróidas	__Sim __Não	Irritação nervosa	__Sim __Não
Doenças sexualmente transmissíveis	__Sim __Não	Esquecimento	__Sim __Não
Inchaços	__Sim __Não	Pensar ou repetir o mesmo assunto	__Sim __Não
Dores no pescoço	__Sim __Não	Dificuldade para urinar	__Sim __Não
Palpitações	__Sim __Não	Dor no peito	__Sim __Não
Tremores	__Sim __Não	Doenças de próstata	__Sim __Não
Antecedentes Ginecológicos			
Doenças ginecológicas	__Sim __Não		
Quais			

Alterações menstruais	☐ Sim ☐ Não	Ano do último exame preventivo (Citologia Oncótica)	
Gestação	☐ Sim ☐ Não – Qtde:		
Parto	☐ Sim ☐ Não – Qtde Normal: Qtde Cesárea: Qtde Fórceps:		

Aborto	☐ Sim ☐ Não – Qtde:		
Você tem ou teve:			
Hipertensão (pressão alta)	☐ Sim ☐ Não	Já teve acidentes ou traumatismo (fraturas)	☐ Sim ☐ Não
Fez alguma cirurgia	☐ Sim ☐ Não	Malária	☐ Sim ☐ Não
Portador de necessidades especiais	☐ Sim ☐ Não	Esquistossomose (barriga d' água)	☐ Sim ☐ Não
Doenças de pulmão	☐ Sim ☐ Não	Hanseníase (lepra)	☐ Sim ☐ Não
Doenças de tireóide	☐ Sim ☐ Não	Doença de chagas	☐ Sim ☐ Não
Doenças nos rins	☐ Sim ☐ Não	Hérnias	☐ Sim ☐ Não
Doença no fígado e vesícula	☐ Sim ☐ Não	Varizes nas pernas	☐ Sim ☐ Não
Doenças do coração	☐ Sim ☐ Não	Zumbidos no ouvido	☐ Sim ☐ Não
Diabetes (açúcar no sangue)	☐ Sim ☐ Não	Epilepsia (ataques)	☐ Sim ☐ Não
Palpitações	☐ Sim ☐ Não	Neoplasia (câncer)	☐ Sim ☐ Não
Dislipidemia (colesterol - triglicerídios)	☐ Sim ☐ Não		
Observação			

3. ANTECEDENTES FAMILIARES			
Alguém de sua família, pais, irmãos e avós, mesmo os falecidos tem ou tiveram alguma(s) desta(s) doença(s)?			
Pressão Alta	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar	Epilepsia (Ataques)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar
Doenças do coração	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar	Doença Mental	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar
Doenças dos rins	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar	Tuberculose	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar
Diabetes (açúcar no sangue)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar	Neoplasia (câncer)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar
Dislipidemia (colesterol - triglicerídios)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar	Glaucoma	☐ Sim ☐ Não ☐ Não soube informar
Observação			

4. HÁBITOS PESSOAIS			
Você tem por hábito?			
Realizar exercícios físicos	☐ Sim ☐ Não	Frequência?	☐ até 2 vezes por semana ☐ 3 vezes por semana ☐ mais de 3 vezes por semana
Uso regular de computador em casa	☐ Sim ☐ Não	Frequência?	☐ até 3 horas por dia ☐ acima de 3 horas por dia
Você é tabagista	☐ Sim ☐ Não ☐ Ex-fumante		

<i>Responder as próximas 6 perguntas apenas se for tabagista</i>			
Tabela de FAGERSTROM			
1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?	☐ Dentro de 5 minutos ☐ Entre 6 e 30 minutos ☐ Entre 31 e 60 minutos ☐ Após 60 minutos	2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, bibliotecas, etc.)?	☐ Sim ☐ Não
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?	☐ O primeiro da manhã ☐ Outros	4. Quantos cigarros você fuma por dia?	☐ 10 ou menos ☐ 11 a 20 ☐ 21 a 30 ☐ 31 ou mais
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?	☐ Sim ☐ Não	6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	☐ Sim ☐ Não
Ingere bebidas alcoólicas?	☐ Sim ☐ Não		
<i>Responder as próximas 4 perguntas apenas se ingerir bebidas alcoólicas</i>			
Questionário CAGE			
Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida?	☐ Sim ☐ Não	As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	☐ Sim ☐ Não
Você se sente culpado pela maneira como bebe?	☐ Sim ☐ Não	Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	☐ Sim ☐ Não
Toma regularmente algum medicamento?	☐ Sim ☐ Não	Qual?	
Doador sanguíneo	☐ Sim ☐ Não		
Ranger ou apertar os dentes	☐ Sim ☐ Não	Frequência?	☐ Durante o dia ☐ Só a noite ☐ Dia e noite
Observação			

5. EXAME FÍSICO			
1) Sinais vitais e medidas biométricas			
PA	<u> </u> X <u> </u> mmHG	FC	<u> </u> bpm
Peso (Kg)		Altura (metros/cm)	
IMC			
Observação			
2) Pele e mucosa			
Pele	<u> </u> Normal <u> </u> Alterada	Tipo	<u> </u> Descoradas <u> </u> Ictérias <u> </u> Cianóticas <u> </u> Dermatoses <u> </u> Outros
Mucosa	<u> </u> Normal <u> </u> Alterada	Qual	
Observação			
3) Olhos			
Ac. Visual	<u> </u> Não realizado <u> </u> Normal <u> </u> Alterada	<u> </u> Sem correção <u> </u> Com correção	Senso cromático <u> </u> Normal <u> </u> Alterada
Observação			
4) Cabeça e pescoço			
Tireóide	<u> </u> Normal <u> </u> Alterada	Gânglios	<u> </u> Normal <u> </u> Alterado
Dentes	<u> </u> Normais <u> </u> Alterados	Ouvidos	<u> </u> Normais <u> </u> Alterados
Garganta	<u> </u> Normal <u> </u> Alterada	ATM	<u> </u> Normal <u> </u> Alterada
Observação			
5) Respiratório			
Inspeção	<u> </u> Normal <u> </u> Alterada	M.V.	<u> </u> Normal <u> </u> Alterada
Observação			

6) Cardiovascular			
Cardiovascular	☐ Normal ☐ Arritmia ☐ Sopro ☐ Outros	Pulso	☐ Normais ☐ Alterados
Observação			
7) Abdome			
Abdome	☐ Normal ☐ Dor a palpação ☐ Hepatoesplenomegalia ☐ Massas Palpáveis ☐ Outros		
Observação			
8) Membros Superiores			
Membros Superiores	☐ Normais ☐ Alterados	☐ Força ☐ Musculatura	☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Direita ☐ Esquerda
Ombros	☐ Normais ☐ Dor	☐ Rotação Interna	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Rotação Externa	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Abdução	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Adução	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Elevação Anterior	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Elevação Posterior	☐ Direita ☐ Esquerda
Braços	☐ Normais ☐ Dor	☐ Direito	
		☐ Esquerdo	
Cotovelos	☐ Normais ☐ Alterados	☐ Limitações dos movimentos	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Dor epicôndilo medial	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Dor epicôndilo lateral	☐ Direita ☐ Esquerda
Antebraços	☐ Normais ☐ Dor	☐ Direito	
		☐ Esquerdo	
Mãos e punhos	☐ Normais ☐ Alterados	☐ Edema	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Crepitação	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Cistos	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Pronação	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Supinação	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Dor Movimentação	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Dor Passiva	☐ Direita ☐ Esquerda
		☐ Outros	
Observação			

9) Coluna Vertebral			
Coluna Vertebral	☐ Normal	☐ Escoliose	
	☐ Alterada	☐ Cifose	
Movimentos	☐ Livre ☐ Limitado	☐ Lordose	☐ Normal ☐ Alterada
		Musculatura	
Observação			
10) Membros inferiores			
Membros inferiores	☐ Normais ☐ Alterados	☐ Edema	☐ Direito ☐ Esquerdo
		☐ Varizes	☐ Direito ☐ Esquerdo
		☐ Limitações de Movimentos	☐ Direito ☐ Esquerdo
		☐ Musculatura	☐ Direito ☐ Esquerdo
		☐ Força	☐ Direito ☐ Esquerdo
		☐ Articulação	☐ Direito ☐ Esquerdo
Observação			
OBSERVAÇÕES GERAIS			
Observação			

Local: _____, ____/____/____.

NOME E ASSINATURA CANDIDATO

ASSINATURA E CARIMBO COM CRM