

FICHA DE ANAMNESE

Nome:		Posto / Graduação:	
Identidade / Órgão Emissor:		Código DAC ou CPD:	
CPF:	Data de Nascimento:	Natural / Estado:	
E-Mail:		Ts / Fator Rh:	
Estado Civil:		Local De Trabalho:	
Endereço Residencial:			
Nº:	Complemento:	Bairro:	
Cidade: UF	CEP:	Telefone:	
Horas de Voo:		Tempo de Serviço:	

PREENCHA ESTE FORMULÁRIO COM A MAIOR FIDELIDADE POSSÍVEL, LEIA CUIDADOSAMENTE E RESPONDA (SIM) À(S) DOENÇA(S) QUE JÁ TEVE OU TEM E COM QUAL IDADE.

DOENÇA	SIM	IDADE	DOENÇA	SIM	IDADE
SARAMPO			DOR NO CORAÇÃO (PEITO)		
CATAPORA			PÉS INCHADOS		
CACHUMBA			MÁ DIGESTÃO		
COQUELUCHE			PRISÃO DE VENTRE		
PNEUMONIA			HEMORRÓIDAS		
PLEURIZ			RESFRIADOS FREQUENTES		
ASMA			PESADELOS		
BRONQUITE			CÓLICAS DE FÍGADO		
TIFO			CÓLICAS DE RIM		
DISENTERIA			CANCRO DURO (SÍFILIS)		
FRATURAS			CANCRO MOLE		
EPILEPSIA			GONORRÉIA		
ACIDENTES			REUMATISMO		
URTICÁRIA			MALÁRIA		
ROER UNHAS			DIFTERIA		
SANGUE PELO NARIZ			ATAQUES		
TUBERCULOSE			SONAMBULISMO		
PALPITAÇÕES			GAGUEIRA		
ENXAQUECA			OPERAÇÕES		
ALERGIA			FALTA DE AR		
DESMAIOS			OUTROS		

NA SUA FAMÍLIA JÁ HOVE ALGUM CASO DE TUBERCULOSE - DIABETES - ASMA - CÂNCER - PARALISIA - SURDEZ - MUDEZ - LOUCURA - GAGUEIRA - SUICÍDIO - EPILEPSIA ? (SUBLINHE QUAL OU QUAIS):

Já teve alguma doença ou sofreu alguma operação? Por exemplo: olhos, ouvido, nariz ou garganta, etc: () SIM () NÃO Quais? _____

Faz uso de medicamentos ? () SIM () NÃO Quais? _____

Após a última inspeção de saúde, teve acidente, cirurgia, internação hospitalar, ou fez algum tratamento? () SIM () NÃO Quais? _____

Teve algum problema em voo nesse período ? () SIM () NÃO

Faz uso de bebida alcoólica ? () SIM () NÃO

Faz uso de fumo ? () SIM () NÃO

Tem algum vício ou hábito ? () SIM () NÃO

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura