



INCLUSÃO DE SAÚDE – P__ DE CERQUEIRA CÉSAR

Nome: _____ Mat. _____

Já fez exame para HIV: ()sim ()não Data: _____

Tratamento Anti- Retroviral/Qual: _____

Realização teste rápido ()HIV ()Hepatite B ()Hepatite C () VDRL

Já teve TUBERCULOSE: ()sim ()não Período de tratamento: _____

Tipo: ()Pulmonar ()Pleural () Outra ()Sem informação

Está Tossindo: ()sim ()não Há quanto tempo? _____

Outros sintomas: _____ Solicitação Baciloscopia: _____

Alergias: ()Medicamento ()Alimento ()Contato (poeira, inseto, etc..)

Presença de outras Doenças:

() Doença Psiquiátrica ()Doença mental(convulsão) ()Chagas
() Hipertensão ()Diabetes Mellitus ()Doença do Coração
() Bronquite/Asma ()Hanseníase ()DST/ HPV
() Sífilis ()Hepatite B ()Hepatite C
() Doença de pele ()Câncer: tipo ()Outras

Faz uso de medicamento: ()sim ()não

Qual: _____

Queixas de saúde: _____

Antecedentes pessoais/ Hábitos

Usou Drogas: ()sim ()não

Quais: ()Maconha ()Cocaína ()Crack ()Heroína ()Álcool

()Anfetamina ()Ecstasy ()Cola ()Tabaco ()Outros _____

Cirurgias: _____

Há quanto tempo: _____

Deficiência Física: ()sim ()não Qual: _____

Vacinas em dia? _____

Data: ____ / ____ / ____ Funcionário: _____