



Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: _____

Rua/AV: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: _____

FICHA I

ATENDIMENTO INICIAL

I - Identificação

Data: ____/____/____

Nome: _____ R.F.: _____

R.G.: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M F

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: _____ Cartão SUS: _____

II - Ocupação Atual

Cargo/Função: _____ Data de Início na PSMP: ____/____/____

Unidade de Trabalho: _____ SUVIS de Trabalho: _____

Posto de Trabalho: _____ Tempo de Função: _____ Carga Horária Semanal: _____

Categoria Funcional: Efetivo Admitido CLT Readaptado: Não Sim Telefone: _____

Tem exposição a desinfestantes na PMSP? Não Sim

Se tem/ teve contato, descreva a atividade e o tempo de exposição, por quantos anos: _____

Períodos anuais de contato:

quais as substâncias, em que meses (registrar aproximadamente quantas horas diárias ou horas semanais): _____

Toma banho, no trabalho, após atividade com praguicidas (desinfestantes): Não Sim

Se não em que local se banha? _____

Quem lava e onde lava seu uniforme? _____

Onde guarda seu uniforme? _____

III - Atividades na PMSP

Descreva as Atividades: _____

Atividades/Postos de Trabalho no último mês: _____

Exposição à subst. químicas no último mês? Não Sim **Registre os dados para cada substância**

Substância 1: _____

Contato frequente: Horas diárias _____ Horas semanais: _____

Contato Eventual: Número de dias com contato: _____ Horas mensais: _____

Substância 2: _____

Contato frequente: Horas diárias _____ Horas semanais: _____

Contato Eventual: Número de dias com contato: _____ Horas mensais: _____

Outra Substância: (Registre os mesmos dados)

Outra Substância:

IV - História Ocupacional		Sim	Não
Possui atualmente atividade externa onde tenha contato com produto químico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais as substâncias?			
Antes de trabalhar na Prefeitura teve contato com AGROTÓXICOS OU DESINFESTANTES?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se a resposta for sim, por quantos anos e com qual frequência?			
Quais as substâncias químicas?			
Contatos com substâncias no últimos mês?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais substância?			

V - Equipamento de Proteção Individual	Sim	Não	Nota
EPI			
Macacão impermeável (hidrorrepelente)			
Luvas Nitrílicas			
Luvas de Borracha			
Máscara (registre o tipo de filtro utilizado)			
Óculos de segurança			
Máscara facial completa com viseira de acetato transparente			
Calçado de segurança tipo botina			
Calçado de segurança tipo bota até virilha			
Protetor auditivo			
Touca árabe com aba frontal			
Boné para proteção contra insolação			
Avental de plástico			
Protetor solar			
Capacete			
Outros:			

VI - Antecedentes Mórbidos Pessoais					
Agravos	Sim	Não	Agravos	Sim	Não
Doenças de pele. Qual?			Depressão		
Alergia de contato			Ansiedade		
Hipertensão arterial			Outro transtorno mental. Qual?		
Cardiopatias. Qual?			Doença Neurológica. Qual?		
Diabetes			Desmaios		
Hipotireoidismo			Epilepsia		
Hipertireoidismo			Labirintite		
Bronquite asmática			Doenças da coluna		
Pneumonia			Fraturas		
Tuberculose			Reumatismo		
Úlcera			Hepatite		
Gastrite			Sarampo		
Nefrite			Caxumba		
Anemia			Varicela		
Varizes			Rubéola		
Outras doenças:			Leptospirose		
Cirurgia? Qual?			Câncer? Qual?		

VII - Hábitos

Obs.: Esclarecer os funcionários do grupo de risco sobre a mudança na interpretação de exames laboratoriais quando há uso de tabaco, álcool, alguns medicamentos e drogas.

Sim Não

Fuma tabaco?

Quantos cigarros por dia?

Há quantos anos?

Consome bebida alcoólica?

Consome álcool há quanto tempo?

Frequência (dia/semana)?

Ex-etilista?

Parou de beber há quanto tempo?

Quanto consumia por dia/semana?

Frequência (dia/semana)?

Uso de drogas?

Qual tipo

Há quanto tempo?

Pratica algum esporte ou atividade física?

Qual tipo?

Qual a frequência?

VIII - Vida Sexual e Reprodutiva

Tem filhos Biológicos? Sim Não Não Informado

Caso não, por quê? _____

Filhos com malformação congênita? Sim Não

Quantos? _____ Quais malformações? _____

Filho com alterações no desenvolvimento (neuropsicomotor ou distúrbios comportamentais)? Sim Não

Quantos? _____ Quais alterações? _____

Na Mulher

Ciclo menstrual regular? Sim Não Não se aplica

Menarca:

D.U.M:

Alteração da vida sexual? Sim Não Qual?

Doenças Ginecológicas? Sim Não Qual?

Dificuldade para engravidar? Sim Não Não se aplica

Número de Gestações:

Número de Partos:

Número de Abortos:

No Homem

Doenças no aparelho reprodutivo masculino? Sim Não

Quais? _____

IX - Vacinação

	Sím	Não
Antirrábica		
Hepatite B		
Dupla Adulto		
Influenza		

X - Antecedentes Familiares

	Sím	Não
Hipertensão arterial		
Diabetes		
Hepatite		

XI - História Clínica Atual - Data

Está com algum problema de saúde? Sím Não

Qual? _____

Usa algum medicamento habitualmente? Sím Não

Qual? _____

Principais Sintomas / Sinais

Sím Não

Principais Sintomas / Sinais

Sím Não

Parestesia / MMSS			Outros sangramentos. Qual?		
Parestesia / MMII			Irritação da pele		
Fraqueza muscular			Irritação de mucosas		
Cansaço fácil nas pernas			Alteração da urina		
Tremores			Incontinência urinária		
Visão Turva			Taquicardia		
Diminuição acuidade visual			Bradycardia		
Fotofobia			Sudorese		
Fotofobia			Dispneia		
Dificuldade na audição			Chiado		
Salivação			Tosse		
Náusea / Vômito			Tontura		
Inapetência			Alteração de memória		
Epigastralgia			Sofrimento Mental? - Avaliar pelo SRQ*		
Incontinência fecal			Outras:		
Sangramento digestivo					
Outras:					

* Nota: Avaliar o SRQ 20 - Self Report Questionnaire -Teste que avalia o sofrimento mental, previamente aplicado.
- RESULTADO - Se o resultado for > 7 (maior ou igual a sete respostas SIM), está comprovado sofrimento mental.
Atenção, algumas alterações questionadas no SRQ podem também ser causadas diretamente por praguicidas: alteração de sono, cefaleia, dificuldade de raciocínio, de concentração, alteração de humor, irritabilidade, etc.

XII - Exame Físico Geral

Data: ___/___/___

PA:

P:

FC:

T:

Peso:

Pele:

Mucosas:

Gânglios:

Boca:

Tireóide:

Coração:

Pulmão:

Abdômen:

Neurológico

Pupilas:

Miose? Sim Não

Movimentos do globo ocular e campo visual:

Tremores e tiques:

Força muscular:

Coordenação motora:

Tônus muscular:

Reflexos:

Marcha e equilíbrio:

Sensibilidade:

Coluna:

MMSS:

MMII:

Outros dados e descrições de interesse:

XIII - Hipótese Diagnóstica

XIV - Conduta

