

SECRETARIA DA COMISSÃO INTERMINISTERIAL PARA OS RECURSOS DO MAR

Atestado de Aptidão de Saúde para realizar Viagens à Ilha Trindade

Certifico que o(a) Sr.(a) _____ foi examinado (a) de acordo com as instruções do item 5.2.1 das Normas e Instruções para o PROTRINDADE, elaborado pela Secretaria da Comissão Interministerial para os Recursos do Mar , e está em condições de saúde física e mental satisfatórias para realizar viagens à Ilha da Trindade.

_____ em _____ de _____ de _____.

(carimbo e assinatura do médico)

DADOS PESSOAIS DO EXAMINADO

NOME: _____
INSTITUIÇÃO ONDE TRABALHA: _____
SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F NASC.: ____/____/____ PESO: _____ ALTURA: _____

DADOS PESSOAIS DO EXAMINADOR

NOME: _____
CRM E ESPEC.: _____
LOCAL DO EXAME: _____
END. E TEL. P/ CONTATO: _____

- EXAMES LABORATORIAS (Somente em caso de permanência na Ilha por mais de 10 dias)

- Hemograma completo
- Tipo sanguíneo - Fator RH
- RX de tórax (local, data, nº do filme e resultado)
- Eletrocardiograma (local, data, nº do ECG e resultado)
- Elementos Anormais e Sedimentoscopia (local, data, nº do EAS e resultado)

EXAME ODONTOLÓGICO

Use os símbolos abaixo:																		
O - Dentes Restaurados						X - Fallhas Dentárias						<input type="checkbox"/> Próteses Móveis						
I - Cáries ou Restaurações Deficientes.						() - Próteses Fixas												
						+ - Tratamento Endodôntico												
DIR	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	ESQ
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
<u>OBSERVAÇÕES</u>																		
(Ass., Carimbo, CRO)																		

- Declarar o estado de saúde atual e os medicamentos que faz uso regulamentar (se houver doenças passadas descreva-as).

- Responda colocando um **X** no quadro correto:

OBSERVAÇÕES

	SIM	NÃO	
1)			Teve contato com tuberculoso
2)			Escarrou sangue
3)			Sangrou excessivamente após ferimento
4)			Hemorróidas ou doenças retais
5)			Foi ou é sonâmbulo
6)			Usa óculos ou lente de contato
7)			Enxerga com ambos os olhos
8)			Usa prótese auditiva
9)			Gagueja habitualmente
10)			Possui cacoetes ou tiques
11)			Usa prótese dentária
12)			Tem bursite, artrite ou reumatismo
13)			Teve perda ou ganho de peso recentemente
14)			Teve ou tem doença venérea
15)			Enurese noturna após os 12 anos
16)			Dor ou aumento freqüente urinária
17)			Tem indigestão freqüentes
18)			Problemas estomacais, hepáticos, intestinais
19)			Cálculos ou problemas bilaterais
20)			Icterícia ou hepatite
21)			Reações adversas a soros ou medicamentos
22)			Fratura ósseas
23)			Tumorações, cistos ou câncer
24)			Hérnias
25)			Câimbras freqüentes nas pernas
25)			Problemas dentários ou de gengiva
27)			Avitaminose ou doenças nutricionais
28)			Desmaios ou convulsões
29)			Erisipela ou escarlatina
30)			Gota
31)			Períodos de inconsciência
32)			Perda de memória ou amnésia
33)			Depressão ou medo excessivo
34)			Problemas de sono
35)			Vertigem ou tonteira das alturas
36)			Enjôo em avião, navio ou trem
37)			Epilepsia
38)			Paralisia (inclusive infantil)
39)			Neurites
40)			Deformidades nos pés
41)			Instabilidade no joelho

SIM		NÃO			OBSERVAÇÕES
42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dor lombar recorrente	
43)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dor ou instabilidade no ombro	
44)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dor ou instabilidade no cotovelo	
45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ausência de dedo ou artelho	
46)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pa elevada ou baixa	
47)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas cardíacos	
48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Palpitações freqüentes	
49)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tosse crônica	
50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dor ou pressão no tórax	
51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Respiração curta e rápida	
52)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Asma	
53)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas tiroidianos	
54)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Doenças de pele	
55)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Traumatismo na cabeça	
55)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alergias	
57)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sinusite	
58)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gripes ou resfriados freqüentes	
59)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Perda de audição	
60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas (nariz, ouvido e garganta)	
61)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Problemas oculares	
62)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dores de cabeça severas	
63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dor ou inchaço nas articulações	
64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Febre reumática	
65)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Restrições alimentares	
66)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Já recebeu tratamento devido a problema mental	
67)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Já foi ou está indicado por algum médico a fazer alguma cirurgia? (Detalhe)	
68)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Já esteve internado em hospital, casa de saúde ou sanatório para se tratar? (Caso afirmativo dizer onde, quando, porque, nome do médico e endereço do hospital)	

PARA O SEXO FEMININO

SIM		NÃO			OBSERVAÇÕES
69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Submetida a tratamento ginecológico	
70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Já teve mudanças no ciclo menstrual	
71)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sofre de cólicas menstruais	
72)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Encontra-se grávida	
73)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anomalias na pélvis	
Último preventivo ginecológico: ____/____/____ Intervalo entre períodos menstruais: _____ Duração média dos períodos menstruais: _____					

Eu, _____, declaro que as informações constantes deste documento são verdadeiras e do meu conhecimento. Autorizo a qualquer médico, hospital ou clínica fornecer à Secretaria da Comissão Interministerial para os Recursos do Mar uma cópia deste histórico médico, a fim de permitir minha participação em viagens de pesquisa à Ilha da Trindade.

ASSINATURA: _____

NOTA:

O médico examinador deverá fazer no quadro abaixo um sumário com as informações pertinentes e deverá anexar a este histórico quantas páginas achar necessário, devendo assiná-las e datá-las, colocar carimbo, envelopar junto com o exame físico e o atestado de saúde, lacrar e entregar à pessoa examinada.

- S U M Á R I O -		
CARIMBO DO MÉDICO	D A T A	Nº DE PÁGINAS ANEXADAS
	____/____/____	

Assinatura do médico examinador