GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO	SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO DO ESTADO GERÊNCIA GERAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO SUPERINTENDÊNCIA DE PERÍCIAS MÉDICAS

ANAMNESE PRÉ ADMISSIONAL

1. DADOS PESSOAIS	
Nome:	
CPF:	Telefone:
Endereço atual:	Nº/BL/APTº.:
Bairro:	Cidade/Estado:
E-mail:	Data Nascimento:
Filiação:	
Candidato ao cargo de:	Órgão:
Já possui vínculo público? [ ]Sim [ ]Não Órgão?_____ Cargo?_____ Admissão ___/ ___/ ____ Estágio Probatório?[ ]Sim [ ]Não Contrato?[ ]Sim [ ]Não Readaptado/Remanejado(a)?[ ]Sim [ ]Não	
Possui vínculo privado? [ ] Sim [ ] Não Qual instituição?_____ Cargo?_____ Admissão ___/ ___/ _____ É Reabilitado(a) [ ] Sim [ ] Não	

2. REVISÃO DE HÁBITOS
Tabagismo? [ ]Sim [ ]Não Já fez uso? [ ]Sim [ ]Não Quanto tempo? Cigarros/dia
Exercício físico? [ ]Sim [ ]Não [ ] Irregularmente [ ] Regularmente [ ] < 150min./sem. [ ] > 150min./sem. Alguma restrição médica a exercícios?
Ingere bebida alcoólica? [ ]Sim [ ]Não Doses/semana? Por quantos anos?
Faz uso de drogas? [ ]Sim [ ]Não

3. HISTÓRICO FAMILIAR (PARENTES ATÉ 2º GRAU) Especificar doença e relação de parentesco, se não houver, **assinalar a última opção e responder NÃO**
[ ] Câncer (Próstata, Mama, Cólon, Reto, Ovário, outros):
[ ] Infarto ou AVC:
[ ] Doenças Neurológicas, Mentais ou Psiquiátricas:
[ ] Glaucoma:
[ ] Diabetes Mellitus:
[ ] Doença Renal:
[ ] Outras doenças recorrentes na família:

4. HISTÓRIA PATOLÓGICA/INTERROGATÓRIO SISTÊMICO Especificar motivos e época do lado de cada item.
Internações hospitalares [ ]Sim [ ]Não
Cirurgias [ ]Sim [ ]Não
Transfusão sanguínea [ ]Sim [ ]Não
4.1 – NEOPLASIAS (CÂNCER)
[ ]Sim [ ]Não Em tratamento regular [ ]Sim [ ]Não Cite:
4.2 – SISTEMA RESPIRATÓRIO
Pulmões / Brônquios: [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não

Cite:
Asma: [ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não
Nariz, gargantas, seios nasais: [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Rinite: [ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não
Cordas Vocais: [ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não
Em tratamento Fonoaudiológico regular: [ ] Sim [ ] Não
4.3 – SISTEMA CIRCULATÓRIO (Cardiovascular)
Hipertensão Arterial (HAS) [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não
Trombose/ Embolia [ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não
Infarto/ Angina pectoris [ ] Sim [ ] Não - Quando? Cite:
Outras doenças cardiovasculares [ ] Sim [ ] Não [ ] Ativo [ ] Passado Cite: Quando? Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não
4.4 – SISTEMA DIGESTÓRIO
Esôfago/Estômago/Fígado [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Cólon/Reto/Ânus [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Última consulta ao dentista [ ] Há menos de um ano [ ] Há mais de um ano
4.5 – SISTEMA ENDÓCRINO (Hormonal)
Diabetes Mellitus [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Obs.:
Alterações de Tireóide [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
4.6 – SISTEMA IMUNOLÓGICO/DOENÇAS INFECCIOSAS
Alergias (a medicamento, alimento, contato, respiratória) [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Doenças Autoimunes: [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Doenças infecciosas crônicas (Hepatites, HPV, HIV, Sífilis, Tuberculose): [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Outras doenças infecciosas [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Imunizações: Vacinação completa, segundo calendário vacinal para adulto? [ ] Sim [ ] Não [ ] Não sei informar
4.7 – SISTEMA LOCOMOTOR
Músculos, tendões, ossos, articulações, coluna [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Dor crônica: [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
4.8 – SISTEMA NERVOSO
Cérebro - AVC, tronco cerebral, pares cranianos, medula neural, nervos periféricos: [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
4.9 – SISTEMA URINÁRIO E REPRODUTIVO
Rins/Vias urinárias (ureteres, bexiga, uretra): [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
Aparelho reprodutor feminino: [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Prefiro Não especificar [ ]
Aparelho reprodutor masculino: [ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Prefiro Não especificar [ ]
4.10 – VISÃO
Algum problema [ ] Sim [ ] Não Usa Correção visual [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
4.11 – AUDIÇÃO
Algum problema [ ] Sim [ ] Não Usa Aparelho [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:

4.12 – SISTEMA TEGUMENTAR
Pele, cabelos, pelos e unhas [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Cite:
4.13 – USO DE MEDICAMENTOS
Regular ou frequente: [ ] Sim [ ] Não Cite:
4.14 – PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO
Psicológico: [ ] Sim [ ] Não Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Droga que usa:
Psiquiátrico: [ ] Sim [ ] Não - Em tratamento regular [ ] Sim [ ] Não Drogas que usa:

DECLARO, sob as penas da lei, sem prejuízo das sanções administrativas e cíveis, serem verdadeiras as informações prestadas acima, bem como que todos os documentos apresentados no admissional conferem com seus respectivos originais, para a devida posse no cargo.

DECLARO, ainda, estar ciente de que poderei ser instado a apresentar qualquer comprovação que se fizer necessária, junto à Administração Pública, sob pena de nulidade do ato de investidura no cargo caso não se confirme a veracidade da declaração ou preenchimento dos requisitos previstos para a investidura.

Data _____/_____/_____.

ASSINATURA DO CANDIDATO: _____