

Preenchimento obrigatório por Médico

Caro colega:

Solicitamos que confirme a identidade do candidato e agradecemos que formule as perguntas, uma por uma, e que realize os exames necessários para esclarecimento da situação clínica.

Lembre-se que uma informação clara e completa geralmente é suficiente para apreciar o risco. Evitará atrasos e uma troca de informações que o incomodará.

Agradecemos que sempre que necessário, dê detalhes.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Nome completo		Data de Nascimento		Idade	
Nº Beneficiário		Titular ou parentesco			

1.1 Altura				m	1.2 Peso			kg	1.3 Tensão Arterial			max			min
------------	--	--	--	---	----------	--	--	----	---------------------	--	--	-----	--	--	-----

2. É reformado por acidente ou doença?	Sim	Não	Motivo
			Desde Grau de Incapacidade %

3. Algum dos familiares (avós, pais, irmãos, filhos) sofreu ou sofre de:		Especifique:
Doenças congénitas?	Sim Não	
Diabetes?	Sim Não	
Doenças malignas?	Sim Não	

4. Apresenta alguma lesão, deficiência, deformidade ou incapacidade física resultante de:		Especifique:
Traumatismo?	Sim Não	
Doença?	Sim Não	

5. Coração			Especifique:	
Há alterações no exame cardíaco?	Sim	Não		
Frequência cardíaca em repouso:	puls./min.		Qual o resultado do último ECG?	
Valores da tensão arterial:	máx	min		

6. Aparelho Osteo - Articular - sofre de queixas ou alterações osteo - articulares:		Especifique:
Dos membros?	Sim	Não
Da coluna vertebral?	Sim	Não
Da bacia?	Sim	Não
Se afirmativo, qual o resultado e data dos últimos exames radiológicos?		

7. Doenças Vasculares		Especifique:	
Há alterações no exame dos pulsos arteriais?	Sim	Não	
O exame do sistema nervoso revelou a existência de:			
Varizes tronculares?	Sim	Não	
Varicosidades dérmicas?	Sim	Não	

8. Metabólicas e Endócrinas										Especifique:																					
Sofre de Diabetes?										Sim		Não																			
Retinopatia?				Sim		Não		Nefropatia				Sim		Não		Cardiopatia				Sim		Não		Vasculopatia				Sim		Não	
Há alterações no exame da glândula tiroideia?										Sim		Não																			
Se efectuou, qual o resultado e data da última Ecografia e citologia?																															
Existem outras doenças metabólicas ou endócrinas?										Sim		Não																			

9. Vesícula Biliar		Especifique:
Há queixas de dispepsia compatíveis com litíase vesicular?	Sim	Não
Se afirmativo, qual o resultado e data do último exame ecográfico hepato-biliar?		

10. Hérnias da Parede Abdominal			Especifique:
Há alterações ao exame dos pontos herniários da parede abdominal?	Sim	Não	

2. EXAME MÉDICO (continuação)

11. Nos últimos 3 anos foi dada indicação para consultas de especialidade (quais, datas e motivos)?	Sim	Não	
12. Nos últimos 3 anos realizou exames complementares de diagnóstico	Sim	Não	(quais, datas, motivos e resultados)?

HOMENS (questionário específico)

13. Próstata	Especifique		
Há alterações no exame da próstata?	Sim	Não	
Existem alterações miccionais?	Sim	Não	

MULHERES (questionário específico)

14. Mama	Especifique		
Há alterações à inspecção e à palpação?	Sim	Não	
Se efectuou, qual o resultado e data da última mamografia / ecografia mamária?			
15. Aparelho Ginecológico, há alterações nos exames:	Especifique		
Do útero?	Sim	Não	
Dos anexos?	Sim	Não	
Vulvovaginal?	Sim	Não	
Existem sinais de incontinência ou prolapso urogenital?	Sim	Não	
Se efectuou, qual o resultado da última ecografia pélvica e citologia vaginal?			

3. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Obrigatórios e efectuados há menos de 3 meses

16. Análises:	hemograma com plaquetas, ureia, glicémia, creatinina, Urina II
Data e resultados	
17. Electrocardiograma	
Data e resultado	
18. Rx do Torax	
Data e resultado	
19. Outros (não obrigatórios)	
Data e resultado	

4. OBSERVAÇÕES

5. MÉDICO

Nome completo	Número Cédula Profissional
---------------	----------------------------

Centro Clínico de	Localidade
-------------------	------------

/

/

Assinatura do Médico

VINHETA
DO
MÉDICO