



FICHA CLÍNICA

1 - IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO SUS:

DATA DA MATRÍCULA:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

F

M

ESTADO CIVIL:

FILIAÇÃO:

ENDEREÇO:

Nº:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

TELEFONES:

2 - ANTECEDENTES FAMILIARES

<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> HANSENÍASE	DIABETES:	<input type="checkbox"/> TIPO 1	<input type="checkbox"/> TIPO 2
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DOENÇA PSQUIÁTRICA	<input type="checkbox"/> ESQUISTOSSOMOSE	<input type="checkbox"/> NEOPLASIAS				

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS

<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> HANSENÍASE	DIABETES:	<input type="checkbox"/> TIPO 1	<input type="checkbox"/> TIPO 2	<input type="checkbox"/> AVC
<input type="checkbox"/> TABAGISMO	<input type="checkbox"/> ESQUISTOSSOMOSE	<input type="checkbox"/> DOENÇA TRANSMISSÍVEL SEXUAL	<input type="checkbox"/> DOENÇA RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> USO DE DROGAS				

CIRURGIA / INTERNAÇÕES:

OUTROS:

4 - CRIANÇAS

NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ NATAL: ONDE FOI REALIZADO:

INTERCORRÊNCIAS:

<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> TABAGISMO	<input type="checkbox"/> SÍFILIS	MEDICAÇÃO:
--------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------

PARTO:

<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> CIRURGICO	ONDE FOI REALIZADO:
---------------------------------	------------------------------------	---------------------

INDICAÇÃO:

IDADE GESTACIONAL:

PESO:

ESTATURA:

P.C.:

APGAR 1:

APGAR 5:

INTERCORRÊNCIAS:

<input type="checkbox"/> ICTERÍCIA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	<input type="checkbox"/> INCUBADORA	<input type="checkbox"/> FOTOTERAPIA
------------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------------

5 - MULHER

MENARCA:

CICLO MENSTRUAL:

MENOPAUSA:

G:

P:

A:

C:

ÚLTIMO EM:

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ATUAL: ÚLTIMA CITOLOGIA ONCÓTICA: RESULTADO:

6 - SAÚDE OCUPACIONAL

OCUPAÇÃO ATUAL:

OCUPAÇÕES ANTERIORES:

EXPOSIÇÃO NO TRABALHO:

<input type="checkbox"/> RUÍDOS	<input type="checkbox"/> SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS
---------------------------------	---

