



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
SETOR DE SAÚDE OCUPACIONAL

QUESTIONÁRIO PARA EXAME PRÉ - ADMISSIONAL

NOME :			DATA DE NASCIMENTO:		
GÊNERO / SEXO:		IDADE:	RG:	CPF:	
ESTADO CIVIL:		ESCOLARIDADE:			
LOCAL DE TRABALHO:			CARGO / FUNÇÃO:		
E-MAIL:			TELEFONE:	CELULAR:	

PREENCHA DE FORMA CLARA E SINCERA SE TEM OU TEVE AS ALTERNATIVAS ABAIXO

ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
VOCÊ FEZ OU ESTA FAZENDO ALGUM TRATAMENTO DE SAÚDE?			DOENÇAS DE OUVIDO?			CIRURGIAS?		
			PERDA DE AUDIÇÃO / SURDEZ?			DOR AO URINAR?		
DOENÇAS DOS OLHOS?			RINITE?			INFECÇÕES URINÁRIAS?		
CIRURGIAS DOS OLHOS?			VERTIGEM / LABIRINTITE?			PEDRA NO RIM / LITÍASE?		
USA PRÓTESE DENTÁRIA?			SINUSITE?			PROBLEMAS NA PRÓSTATA?		
ENXERGA BEM?			DORES DE GARGANTA?			HEMODIÁLISE?		
USA ÓCULOS OU LENTES?			CALOS EM CORDAS VOCAIS?			CIRURGIAS DO APARELHO URINÁRIO?		
CATARATA?			FENDA EM CORDA VOCAL?			CIRURGIAS NA COLUNA?		
GLAUCOMA?			ROUQUIDÃO / ALTERAÇÕES DA VOZ?			DOENÇAS DA BACIA?		
DISFUNÇÃO DE ATM?			ZUMBIDOS?			DOENÇAS DOS JOELHOS?		
ASMA?			APNÉIA DO SONO?			FRATURAS OU QUEBRADURAS?		
DOENÇAS DO PULMÃO?			PROBLEMAS DE TIREÓIDE?			TENDINITES?		
FALTA DE AR?			NÁUSEAS / VÔMITOS?			BURSITES?		
TOSSE PROLONGADA?			QUEIMAÇÃO NO ESTÔMAGO?			FIBROMIALGIA?		
ENFISEMA?			DOR DE ESTÔMAGO?			REUMATISMO?		
BRONQUITE?			GASTRITE / ÚLCERA?			DORES NAS JUNTAS?		
DORES NO PEITO?			CIRROSE?			HÉRNIAS DE DISCO?		
DOENÇAS DO CORAÇÃO?			GORDURAS NO FÍGADO / ESTEATOSE?			DORES NA COLUNA?		
INFARTO?			PEDRAS NA VESÍCULA / LITÍASE?			ARTROSES / BICOS DE PAPAGAIO?		
PRESSÃO ALTA?			PANCREATITE?			DESVIOS NA COLUNA?		
ARRITMIA / PALPITAÇÃO?			ICTERÍCIA / AMARELÃO?			ESPORÃO?		
CORAÇÃO GRANDE?			HEPATITE?			TUBERCULOSE?		
DERRAME?			PRISÃO DE VENTRE?			ESQUISTOSSOMOSE?		
DORES DE CABEÇA?			CIRURGIA BARIÁTRICA?			MALÁRIA?		
ENXAQUECAS?			HEMORRÓIDAS?			RUBÉOLA?		
DESMAIOS?			DIVERTICULITE?			SARAMPO?		
TONTURAS?			OUTRAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS?			CATAPORA?		
CRISES CONVULSIVAS?			HÉRNIAS (UMBILICAL / INGUINAL)?			MENINGITE?		
OUTRAS DOENÇAS NEUROLÓGICAS?			AUMENTO DO COLESTEROL?			PARALISIA INFANTIL?		
NERVOSISMO?			AUMENTO DOS TRIGLICÉRIDES?			ALERGIAS / DERMATITES?		
PÂNICO?			DIABETES?			ANEMIAS?		
ESTRESSE?			OUTRAS DOENÇAS METABÓLICAS?			SANGRAMENTOS / HEMORRAGIAS?		
DEPRESSÃO?			INTOLERÂNCIA A LACTOSE?			CÂNCER?		
INSÔNIA?			HIPOGLICEMIA?			CAXUMBA?		
OUTRAS DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS?			VARIZES?			DOENÇAS AUTOIMUNES?		

CIRURGIAS E INTERNAÇÕES

	SIM	NÃO	
VOCÊ JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA?			
VOCÊ JÁ ESTEVE INTERNADO?			
FAZ USO DE MEDICAMENTOS?			
POSSUI DEFICIÊNCIA?			QUAL?

DIVERSOS

	SIM	NÃO	
VOCÊ BEBE?			QUANTO? HÁ QUANTO TEMPO?
VOCÊ FUMA?			QUANTOS CIGARROS / DIA? HÁ QUANTO TEMPO?
VOCÊ USA OU USOU DROGAS?			QUAIS? QUANTO / DIA? QUANDO?
PIERCINGS?			QUANTOS? ONDE?
TATUAGENS?			QUANTAS? ONDE?
TEM ALGUM HOBBY?			QUAL?
TEM ALGUMA ALERGIA?			QUAL?
PRÁTICA ALGUM ESPORTE?			QUAL? QUANTAS VEZES / SEMANA?

VACINAÇÃO

	SIM	NÃO	QUANDO?		SIM	NÃO	QUANDO?
VOCÊ JÁ FOI VACINADO?				BCG			
TÉTANO				FEBRE AMARELA			
HEPATITE B				TRÍPLICE BACTERIANA			
H1N1 / INFLUENZA				ANTI RÁBICA			
SCR (SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA)				OUTRAS			

ANTECEDENTES PROFISSIONAIS

QUAL A IDADE EM QUE COMEÇOU A TRABALHAR? _____

DESCREVA ABAIXO SEUS TRABALHOS (MESMO INFORMAIS), FUNÇÃO E TEMPO DE SERVIÇO DE CADA UM:

EMPRESA	FUNÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO	RISCO Q F B

	SIM	NÃO	QUANDO?
JÁ SE AFASTOU PELO INSS?			
JÁ TEVE ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO?			
JÁ TRABALHOU COM RUÍDO?			
JÁ TRABALHOU COM QUÍMICOS?			
JÁ TRABALHOU COM POEIRAS?			
JÁ TRABALHOU COM ÓLEO DE CORTE?			
JÁ TRABALHOU COM RESINAS?			
JÁ TRABALHOU COM LÃ DE VIDRO?			
JÁ TRABALHOU COM THINNER?			
JÁ TRABALHOU COM QUEROSENE?			
JÁ TRABALHOU COM REMOVEDORES?			
JÁ TRABALHOU COM GASOLINA? OU BENZENO?			
JÁ FOI READAPTADO?			EM QUAL POSTO?

DEIXAR
EM BRANCO



DEIXAR
EM BRANCO