

**ANEXO D****FICHA DE INSPEÇÃO ANUAL DE SAÚDE****POLÍCIA MILITAR DOPARANÁ****DIRETORIA DE SAÚDE****JUNTA MÉDICA****FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE****IDENTIFICAÇÃO**

Nome:

Graduação:

Registro geral:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Região que pretende atuar:

Telefone de contato:

Data da avaliação:

**EXAME BIOMÉTRICO**

Peso:

IMC:

Altura:

Frequência cardíaca:

Circunferência abdominal (CA):

Pressão arterial:

**ANAMNESE**

Queixa atual: Não ( ) Sim ( ) Qual(is):

Gestante: Não ( ) Sim ( ) Semanas:

Doença atual ou prévia: Não ( ) Sim ( ) Qual(is):

HAS ( ) Diabetes mellitus ( ) Dislipidemia ( ) Asma ( ) DPOC ( ) IRC ( )  
(

Neoplasia ( ) Especificar:

Doença cardiológica ( ) Especificar:

Doença neurológica ( ) Especificar:

Doença reumatológica ( ) Especificar:

Doença osteomuscular ( ) Especificar:

Doença psiquiátrica ( ) Especificar:
Indicar tratamento atual:
Indicar sequelas, limitações:
Observações:

<b>HÁBITOS DE VIDA</b>
Tabagismo: Não ( ) Sim ( ) Quantidade de cigarros por dia:
Com que frequência consome bebidas alcoólicas? ( ) Nunca ( ) Uma vez por mês ou menos ( ) 2 a 4 vezes por mês ( ) 2 a 3 vezes por semana ( ) 4 ou mais vezes por semana
Quantas doses são consumidas num dia que normalmente bebe: ( ) 1 a 2 ( ) 3 a 4 ( ) 5 a 6 ( ) 7 a 9 ( ) 10 ou mais
Com que frequência é consumido 6 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião: ( ) Nunca ( ) Menos que mensalmente ( ) Mensalmente ( ) Semanalmente ( ) Diariamente ou quase diariamente
Atividade física/frequência semanal: ( ) Nunca ( ) Uma ( ) Duas ( ) Três ( ) Quatro ( ) Cinco ou mais
Exercício aeróbico: ( ) Caminhada ( ) Corrida ( ) Bicicleta ( ) Natação ( ) Luta marcial ( ) Dança ( ) Treino funcional ( ) Outros
Exercício anaeróbico: ( ) Musculação ( ) Outros
Uso de suplementos: ( ) Não ( ) Sim Qual(is):
Uso de anabolizantes: ( ) Não ( ) Sim Qual(is):

<b>EXAME FÍSICO</b>
Normal: ( ) Alterado: ( ) ( Informar alterações:
<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>
Hemograma completo: Hb: VG: Leucócitos: Plaquetas:
Creatinina: Uréia: Glicose:
Lipidograma: PSA Total:

### TESTE ERGOMÉTRICO

Data do exame:

Presença de alterações compatíveis com isquemia:  Não  Sim

( Presença de arritmia:  Não  Sim Qual:

Comportamento da pressão arterial:  Normal

( Laudo:  Alterado

**MÉDICO AVALIADOR** (nome, carimbo e assinatura)

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, \_\_\_\_\_, informo que estou ciente e assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas nesta avaliação médica.

Assinatura do declarante: \_\_\_\_\_.