

Ministério da Fazenda
Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Administração
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Serviço Médico

**QUESTIONÁRIO
PARA EXAME PRÉ-
ADMISSIONAL**
= Confidencial =

UNIDADE ADMINISTRATIVA

CANDIDATO

Nome

Telefone

Cargo/ Órgão:

	Sim	Não	Não sei
1 – Usa óculos por indicação médica?	()	()	()
2 – Tem dificuldade para enxergar?	()	()	()
3 – Teve alguma inflamação ou doença em seus olhos?	()	()	()
4 – Teve sua audição diminuída em um dos ouvidos?	()	()	()
5 – Teve alguma doença nos ouvidos?	()	()	()
6 – Tem sérias e freqüentes dores de cabeça?	()	()	()
7 – Tem se sentido muito nervoso?	()	()	()
8 – Tem dormido mal?	()	()	()
9 – Os seus dentes necessitam de tratamento?	()	()	()
10 – Tem alguma alergia?	()	()	()
11 – Sua pele tem alguma anormalidade?	()	()	()
12 – Sua pele tem alguma doença crônica?	()	()	()
13 – Tossiu ou cuspiu sangue	()	()	()
14 – Teve alguma doença pulmonar?	()	()	()
15 – Sente falta de ar?	()	()	()
16 – Tem pressão alta?	()	()	()
17 – Seu coração, às vezes, bate mais rápido ou teve alguma outra doença do coração	()	()	()
18 – Tem problemas intestinais ou estomacais?	()	()	()
19 – Eliminou sangue nas suas fezes?	()	()	()
20 – Sua pele já ficou totalmente amarela?	()	()	()
21 – Tem habitualmente dores nas juntas?	()	()	()
22 – As suas juntas habitualmente incham?	()	()	()
23 – Tem tido inchação (edema) nas pernas?	()	()	()
24 – Tem dores ou outros problemas com sua coluna vertebral?	()	()	()
25 – Teve alguma parte do corpo paralisada?	()	()	()
26 – Ficou algumas vezes sem sentido	()	()	()
27 – Teve convulsões?	()	()	()
28 – Perdeu alguma vez sangue ou albumina pela urina?	()	()	()
29 – Teve algum problema de rins ou bexiga?	()	()	()
30 – Teve doença venérea?	()	()	()
31 – Alguém da família ficou diabético	()	()	()

- 32 – Foi tratado de algum tumor () () ()
- 33 – Engordou ou perdeu mais de cinco quilos durante este período () () ()
- 34 – Foi operado? () () ()
- 35 – Teve alguma ferida séria () () ()
- 36 – Acidentou-se fora do trabalho () () ()
- 37 – Teve acidente no trabalho () () ()
- 38 – Vacinou-se durante este período? () () ()
- 39 – Fuma? () () ()
- 40 – Fuma além de vinte cigarros em vinte e quatro horas () () ()
- 41 – Usa habitualmente bebida alcóolica? () () ()
- 42 – Tem, ultimamente, aumentado a dose diária () () ()
- 43 – Tem feito uso habitual de alguma droga medicamentosa? () () ()
- 44 – Tem intranqüilidade no lar? () () ()
- 45 – Verificou ser alérgico a alguma medicação? () () ()
- 46 – Está insatisfeito com o seu cargo? () () ()
- 47 – Acha seu trabalho cansativo () () ()
- 48 – Tem faltado muito ao trabalho por doença? () () ()
- 49 – No momento, está recebendo algum tratamento médico? () () ()
- 50 – Tem alguma condição de saúde que o impeça de exercer ou que faça restrições ao seu cargo () () ()
- 51 – Já teve ou está tendo assistência psiquiátrica ou psicológica? () () ()
- 52 – Usa alguma medicação psiquiátrica atualmente?
Qual? _____
- 53 – Há ou houve na sua família algum membro com tratamento psiquiátrico ou psicológico? () () ()
- 54 – Caso afirmativo, houve necessidade de internação? () () ()
- 55 – Há alguma doença profissional anterior
Qual? _____
- 56 – Usa alguma medicação atualmente
Qual? _____
- 57 – Qual foi sua ocupação anterior () () ()

58 - Há alguma outra informação sobre sua saúde atual ou passada que julgue importante?

Local

Data

ASSINATURA