

**PROJETO UniCIDADÃ ITINERANTE – AMAZÔNIA**  
**EDUCAÇÃO & SAÚDE**



**ANEXO II**

**QUESTIONÁRIO SAÚDE**

**Edição 2014**

Curso: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone:( ) \_\_\_\_\_ Fax( ) \_\_\_\_\_ Celular:( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( )F ( )M Idade: \_\_\_\_\_

Telefones (contato/emergência) \_\_\_\_\_

RG. \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator Rh: \_\_\_\_\_

Restrições alimentares: ( ) Sim ( ) Não Especificar: \_\_\_\_\_

Alergias diversas:

( ) Picadas de insetos - Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Medicamentos - Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Alimentos - Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Outras Perturbações da saúde - Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Artrite

( ) Artrose

( ) Osteoporose

( ) Hipertensão - qual remédio costuma tomar? \_\_\_\_\_

( ) Coração - Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Diabetes- qual remédio costuma tomar? \_\_\_\_\_

( ) Náuseas em viagens- qual remédio costuma tomar? \_\_\_\_\_

( ) Epilepsia- qual remédio costuma tomar? \_\_\_\_\_

( ) Dificuldade de andar/locomover

( ) Dores na coluna- qual remédio costuma tomar? \_\_\_\_\_

( ) Fraturas/contusões - Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Fobias: - Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Problemas respiratórios - Especificar: \_\_\_\_\_

( ) Úlceras- qual remédio costuma tomar? \_\_\_\_\_

( ) Gastrite- qual remédio costuma tomar? \_\_\_\_\_

( ) Outras: \_\_\_\_\_

Possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não - Especificar: \_\_\_\_\_

Toma remédio(s) controlado(s)? ( ) Sim ( ) Não - Especificar: \_\_\_\_\_

Fumante: ( ) Sim ( ) Não

Sabe nadar? ( ) Sim ( ) Não

Faz exercícios físicos? ( ) Sempre ( ) Raramente ( ) Nunca

VACINAS: ( ) Febre amarela ( ) Hepatite "B" ( ) Tétano

Observações pessoais: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_