

Anexo B – (Anverso)**COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE****(NOME DA ORGANIZAÇÃO MILITAR)****Ficha de Anamnese de Inspeção Inicial**

ESTA INFORMAÇÃO SERVE APENAS PARA USO OFICIAL E NÃO DEVE SER ENTREGUE A PESSOAS NÃO AUTORIZADAS

1 – NOME POR EXTENSO (LETRA DE FORMA OU DATILOGRAFADA)		2 – CATEGORIA /POSTO		3 - IDENTIFICAÇÃO	
4 – SEXO	5 – COR	6 - DATA DE NASCIMENTO		7 – NACIONALIDADE - NATURALIDADE	
<p>2- Se Mulher: Idade da primeira menstruação: _____ Menstrua regularmente? () sim: não (). Usa algum método anticoncepcional – () sim: não (). Qual? _____ Já não menstrua mais? () sim: não (). Desde quando? _____ Faz o exame preventivo do colo do útero anualmente? () sim: não (). Informar: Filhos? () sim: não (). Quantos? _____ Parto vaginal? () sim: não (). Cesária? () sim: não ().</p>					
3- Verificação da Carteira de Imunização;					
<p>4- Cirurgias anteriores (amígdalas, apêndice, hérnias ou qualquer outra?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • a. • b. • c. 					
<p>5- Sabe informar se é portador de alguma doença crônica? (hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, obesidade, bronquites ou artrites, por exemplo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • a. • b. • c. 					
<p>6- Medicamentos de uso regular: (calmantes, antidepressivos, anticonvulsivantes, remédio para pressão ou para o coração, por exemplo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • a. • b. • c. 					
<p>7- Quais doenças você já teve? (catapora, herpes, caxumba, rubéola, escarlatina, mononucleose ou hepatites por exemplo)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • a. • b. • c. 					
8- No momento você tem alguma queixa relacionada à sua saúde/ doenças? () sim: não (). Qual?					
9- Você consome bebidas alcoólicas regularmente? () sim: não (). Qual? _____ Quanto? _____ Com que frequência? _____					
10- Você faz uso de alguma outra droga, lícita ou ilícita, mesmo que eventualmente? Qual? Quanto? Com que frequência?					
11- Usa óculos ou lentes de contato? () sim: não ().					
12- Uso aparelho auditivo? () sim: não ().					
13- Usa ou já usou colete ortopédico? () sim: não ().					
14- Cite doenças e/ou cirúrgicos que porventura tenham acometido seus pais ou irmãos					
15- Já exerceu algum trabalho onde sua saúde esteve exposto a riscos? Qual?					

Continuação do Anexo B
(DEVERÁ SER IMPRESSO NO REVERSO)

SIM	NÃO	ASSINALAR CADA ITEM SIM OU NÃO, TODO ITEM MARCADO "SIM" DEVE SER DISCRIMINADO NO ESPAÇO EM BRANCO À DIREITA
		16 – Deixou de assumir um cargo por: a. Sensibilidade a produtos químicos, poeira, luz solar, etc.
		b. Impossibilidade de executar certos movimentos
		c. Incapacidade para assumir certas posições
		d. Outras razões médicas (em caso afirmativo, dar razões)
		17 – Trabalhou alguma vez com substâncias radioativas?
		18 – Teve dificuldades com assuntos escolares ou com professores? (em caso afirmativo apresentar detalhes)
		19 – Foi recusado para algum cargo por causa de saúde? (em caso afirmativo dar as razões e apresentar detalhes)
		20 – Foi-lhe, alguma vez negado seguro de vida? (em caso afirmativo dar as razões e apresentar detalhes)
		21 – Esteve alguma vez, como paciente (encaminhado ou voluntário) em hospital ou sanatório de doenças mentais? (em caso afirmativo, especificar quando, onde, porque e o nome do médico e ainda o endereço completo do hospital ou clínica)
		22 – Teve alguma doença ou acidente além dos aqui citados? (em caso afirmativo, especificar quando, onde, porque e apresentar detalhes)
		23 – Consultou ou fez tratamento com médico ou outro profissional de saúde nos últimos 05 anos? (caso afirmativo, o endereço completo do nome do médico, hospital, clínica e detalhes)
		24 – Tratou-se sozinho por qualquer outra doença que não fosse simples resfriado? (em caso afirmativo, qual a doença?)
		25 – Foi alguma vez rejeitado para o serviço militar por motivos físicos, mentais ou outros? (em caso afirmativo, apresentar a data e o motivo da rejeição)
		26 – Foi alguma vez afastado do serviço militar por motivos físicos, mentais ou outros? (em caso afirmativo, apresentar a data, a razão e espécie de afastamento, se honroso, outro que não este, incapacidade ou falta de adaptação)
<p>Atesto que examinei a informação acima, por mim fornecida, que a mesma está certa e completa tanto quanto me é dado saber. Autorizo qualquer dos médicos, hospitais ou clínicas, mencionados acima, a fornecer ao CEMAL uma cópia completa da minha ficha médica para fins de que seja avaliada minha condição para atividade pretendida.</p>		
Local e dada:		Assinatura
34 - Resumo do médico e elaboração de todos os dados pertinentes. (O médico deve opinar sobre todas as respostas afirmativas).		
Nome do médico ou examinador	Data	Assinatura
		Número de folhas anexas