

NOME		
IDADE		
MORADA COMPLETA		
C. POSTAL		
EM CASO DE ACIDENTE COM QUEM SE DEVE CONTACTAR		(Mãe) ou (Pai)
TEL.	ou	
GRUPO SANGUÍNE	RH	D. NASCIMENTO

### INTRUÇÕES (Leia com atenção)

1. Este questionário destina-se a recolher informações para o Serviço de Saúde do Navio, para despiste de eventuais necessidades deste serviço
2. Em relação a cada pergunta assinale "x" dentro da coluna "SIM" ou "NÃO"

### PERGUNTAS

DECLARAÇÕES PESSOAIS	SIM	NÃO
Esteve recentemente hospitalizado?		
Foi Operado recentemente?		
Teve perdas de consciência? Epilepsia?		
Consome narcóticos ou estimulantes? a)		
Dores de Ouvidos? Sinusite? Rinite?		
Doenças Pulmonares, Asma, Pneumotórax, Tuberculose?		
Doenças no Aparelho Digestivo, Azia, Úlcera?		
Doenças do Coração?		
Doenças Renais?		
Doenças Ósseas, Coluna, Articulações?		
Diabetes?		
Toma regularmente algum medicamento? a)		
Doenças de pele?		
Tem conhecimento de ter alguma alergia? a)		
Tem tido a Tensão Arterial Alta?		
Hábitos Alcoólicos?		
Hábitos Tabágicos?		
Outros a)		

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Doenças Cardíacas/Vasculares?		
Morte Súbita?		
Asma?		
Diabetes?		
Epilepsia?		
Tumores?		
Doenças de Coagulação?		
Outros a)		

<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Hábitos Tabágicos/ Alcoólicos?		
Febre Reumática?		
Doenças Hematológicas?		
Hepatite?		
Úlcera Péptica?		
Meningite?		
Paludismo?		
Pneumopatias (Asma Brônquica, Alergias)?		
Epilepsia?		
Diabetes Mellitus?		
Cardiopatias?		
Traumatismos Craneanos ou Fracturas Ósseas?		
Perdas de Consciência?		
Vacinas Actualizadas (Tétano)?		
Outros a)		

a) Em caso Afirmativo diga quais e há quanto tempo.

---

---

**CONFIRMO AS DECLARAÇÕES POR MIM EFECTUADAS**

**DATA:**

**ASSINATURA:**