



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR  
SIASS IF GOIANO/GOIÁS

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

Data: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ SIAPE: \_\_\_\_\_

**LEIA COM ATENÇÃO**

**Nosso interesse é zelar pela saúde e bem estar dos servidores no ambiente laboral, sendo necessário termos conhecimento de seu histórico de saúde. As informações são guardadas sigilosamente, por isso solicitamos que responda ao questionário abaixo da forma verdadeira.**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Alguém da sua família tem ou já teve alguma das doenças relacionadas abaixo?

(Considerar pais, avós, irmãos e filhos)

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Hipertensão Arterial (Pressão alta)			Câncer ou tumor		
Doenças cardíacas			Alcoolismo		
Diabetes			Epilepsia (Convulsão)		
Dislipidemia (aumento de colesterol e/ou triglicérides)			Doenças reumatológicas (artrites/artroses/Lúpus)		
Patologias psiquiátricas (depressão/pânico/esquizofrenia/outras)			Doenças hematológicas (anemias/trombofilias)		
Problemas na Tireóide			Problemas de coluna		

**ANTECEDENTES PESSOAIS**

Você tem ou já teve alguma das doenças relacionadas abaixo?

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Hipertensão Arterial (Pressão alta)			Traumatismos na cabeça		
Doenças cardíacas			Enxaqueca		
Diabetes			Epilepsia (Convulsão)		
Dislipidemia (aumento colesterol e/ou triglicérides)			Doenças nos olhos		
Patologias psiquiátricas (depressão/pânico/ esquizofrenia/outras)			Dores nos braços ou ombros		
Doenças Renais (pedras nos rins)			Labirintite		
Alergias (alimentos/medicações)			Hérnias na virilha/abdome		
Doenças do nariz, garganta ou ouvidos			Dores nas costas/coluna		
Gastrite, úlcera, refluxo			Fraturas, Luxações, Entorses		
Doenças de pele (urticária/psoríase/outras)			Diarréia frequente		
Câncer ou tumor			Doenças na tireóide		
Doenças hematológicas (anemias/trombofilias)			Varizes		
Doenças reumatológicas (artrites/artroses/Lúpus)			Dores nas coxas, pernas ou pés		

Declaro que as informações acima são verdadeiras:

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

**OBSERVAÇÕES MÉDICAS**

---

---

---

---

## QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

1)Você já apresentou ou apresenta algum problema de saúde ou doença que necessite de acompanhamento médico especializado?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual? \_\_\_\_\_

2)Você já necessitou ficar afastado do trabalho ou do estudo por este motivo?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

3)Você tem alguma queixa de saúde atualmente?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual? \_\_\_\_\_

4)Você faz uso habitual de algum medicamento?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual? \_\_\_\_\_

5)Você consultou algum médico recentemente (último ano)?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual o motivo? \_\_\_\_\_

6)Você já ficou internado alguma vez?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, quando e por qual motivo? \_\_\_\_\_

7)Você já foi submetido a alguma cirurgia?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual a razão? \_\_\_\_\_

8)Você fuma ou já fumou?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

9)Você ingere bebidas alcoólicas?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual e com que frequência? \_\_\_\_\_

10)Você pratica alguma atividade física?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual e quantas vezes/semana? \_\_\_\_\_

11)Você tem algum problema que gostaria de discutir com o médico?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual? \_\_\_\_\_

12)Como você considera seu estado de saúde atual?

( )Ótimo ( )Bom ( )Regular ( )Ruim

13) Você tem algum tipo de limitação que requer necessidade especial (horário especial)?

( )SIM ( )NÃO

Se positivo, qual? \_\_\_\_\_

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