

“E não vos conformeis com este século, mas transformai-vos pela renovação da vossa mente, para que experimenteis qual seja a boa, agradável e perfeita vontade de Deus.”
Rm. 12:2

FICHA MÉDICA – 2018

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Aluno(a): _____
Sexo: M () F () Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____
Série/Ano: _____ Turma: _____ Turno: _____
Endereço: _____
Telefone(s): _____

IDENTIFICAÇÃO FAMILIAR

Nome da Mãe: _____ Profissão: _____
Local de Trabalho: _____ Telefone: _____
Nome do Pai: _____ Profissão: _____
Local de Trabalho: _____ Telefone: _____
Nome do Responsável Financeiro: _____ Profissão: _____
Local de Trabalho: _____ Telefone: _____
Grau de Parentesco: _____

CONVÊNIO MÉDICO

Convênio Médico: _____
Nome do Titular: _____
Nº da Inscrição: _____

(Favor anexar cópia da carteira do convênio)

FRENTE

VERSO

INFORMAÇÕES SOBRE O(A) ALUNO(A):

- Tipo Sanguíneo: _____
- Em caso de emergência, para qual(is) hospital(is) o aluno(a) poderá ser encaminhado(a)?

Endereço: _____ Telefone: _____

• Apresenta alguma deficiência? () Não () Sim, qual?
() Visual () Fônica () Auditiva () Motora
() Outra(s): _____

• Tem algum problema de saúde? () Não () Sim, qual?
() Bronquite () Diabetes () Sinusite () Palpitação () Hemorragia
() Dispneia (falta de ar) () Convulsão (desmaio) () Infecção Urinária
() Outra(s): _____

• Já teve doenças contagiosas? () Não () Sim, qual?
() Sarampo () Varicela/Catapora () Escarlatina () Coqueluche () Caxumba () Rubéola
() Outra(s): _____

• Já foi submetido(a) a tratamento cirúrgico ou ortopédico? () Não () Sim, qual?

• É alérgico(a)? () Não () Sim, a quê?

• Tem acompanhamento médico? () Não () Sim
Nome do médico: _____ Telefone: _____

• Medicação:
Faz uso de medicação controlada? () Não () Sim
Qual: _____

Outras informações consideradas relevantes pelos pais a respeito do(a) aluno(a):

Assinale os medicamentos que podem ser usados pelo(a) aluno(a) em caso de necessidade:

Uso Tópico	Uso Oral	Uso Inalatório
() Antisséptico	() Novalgina / Dipirona	() Melagrião
() Creme Fenegan	() Alivium / Ibuprofeno	() Luftal / Simeticona
() Creme Polaramine	() Tylenol / Paracetamol	() Reidratante oral
() Creme Berlison	() Neosaldina	() Hixizine
() Desonol Creme	() Atroveran	() Omeprazol
() Mud Oral	() Buscopan	() Predsim
() Bepantol Derma	() Dorflex	() Vonau
() Sulfadiazina de prata	() Dramin	() Abrilar
() Gelol	() Polaramine / Histamin	() Desloratadina
() Reparil Gel	() Mylanta Plus / Pepsogel	() Bromoprida
() Colírio Lágrima Plus	() Sal de fruta	
() Colírio Moura Brasil	() Ponstan	

Observação:

- Toda e qualquer medicação que tiver de ser administrada ao aluno(a) no período em que estiver no Colégio será realizada somente mediante a entrega do medicamento com a respectiva receita médica na enfermaria.
- Nos casos de pediculose (piolho) ou escabiose (sarna) o(a) aluno(a) será encaminhado(a) para tratamento em casa, não podendo assistir às aulas até ser liberado(a) pela equipe de saúde. Esse procedimento é necessário para que se evite uma epidemia.
- O(a) aluno(a) afastado(a) do Colégio por qualquer doença contagiosa deverá se ausentar durante o período de contágio e apresentar atestado médico quando do retorno às atividades escolares.

Brasília, ____ de _____ de _____

Assinatura do responsável

OBS.: As informações contidas nesta ficha são de uso exclusivo do Serviço Médico do CPM – Brasília.
(Código de Ética Médica, art. 102 a 109 e Legislação Penal – Sigilo Profissional)