



Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão  
 Secretaria de Recursos Humanos  
 Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor – SIASS  
 Exame Periódico

| <b>DADOS BÁSICOS DO SERVIDOR</b>    |  |                      |  |
|-------------------------------------|--|----------------------|--|
| Nome                                |  |                      |  |
| Sexo                                |  | Data de nascimento   |  |
| CPF                                 |  | RG                   |  |
| Naturalidade                        |  |                      |  |
| <b>DADOS FUNCIONAIS DO SERVIDOR</b> |  |                      |  |
| Identificação Única                 |  | Órgão                |  |
| Matrícula SIAPE                     |  | Lotação de Exercício |  |
| Cargo                               |  |                      |  |

| <b>ANAMNESE</b>                                    |               |                      |               |
|--|---------------|----------------------|---------------|
| <b>1. HISTÓRICO OCUPACIONAL</b>                    |               |                      |               |
| <b>Outros Empregos</b>                             |               |                      |               |
| Teve outros empregos                               | __ Sim __ Não | Onde?                |               |
|  |               | Atividade            |               |
|  |               | Tempo                |               |
|  |               | Meses                |               |
|  |               | Anos                 |               |
| <b>Acidente de Trabalho</b>                        |               |                      |               |
| Teve Acidente de trabalho                          | __ Sim __ Não |                      |               |
| Teve afastamento                                   | __ Sim __ Não | Tempo de afastamento |               |
|  |               | Dias                 |               |
|  |               | Meses                |               |
|  |               | Anos                 |               |
| Foi estabelecido nexos causal (CAT)?               | __ Sim __ Não | Tipo do Acidente     |               |
| Houve Sequela?                                     | __ Sim __ Não | CIF                  |               |
| <b>Doença de Trabalho</b>                          |               |                      |               |
| Teve doença de trabalho                            | __ Sim __ Não |                      |               |
| CID  |               | Doença Persiste?     | __ Sim __ Não |
| Teve afastamento                                   | __ Sim __ Não | Tempo de afastamento |               |
|  |               | Dias                 |               |
|  |               | Meses                |               |
|  |               | Anos                 |               |
| Em caso de afastamento, retornou a mesma atividade | __ Sim __ Não |                      |               |

| Outras Atividades                      |               |   |                    |
|--|---------------|---|--------------------|
| Exerce outras atividades               | __ Sim __ Não | Qual atividade?                           |                    |
|  |               | Quanto tempo por dia?                     | _____ horas        |
|  |               | Há quanto tempo?                          | __ anos e __ meses |
| Usa Equipamento de Proteção Individual |               | __ Sim __ Não                             |                    |
| Quais Equipamentos                     |               | _____<br>_____<br>_____                   |                    |
| Lateralidade                           |               | __ Destro __ Canhoto __ Ambidestro        |                    |
| Observação                             |               | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |                    |

| 2. ANTECEDENTES PESSOAIS           |                         |   |               |
|------------------------------------|-------------------------|---|---------------|
| Você tem com freqüência:           |                         |   |               |
| Doença nos olhos                   | __ Sim __ Não           | Dores nos ombros                                    | __ Sim __ Não |
| Doenças de pele                    | __ Sim __ Não           | Dores nos cotovelos                                 | __ Sim __ Não |
| Falta de ar / chiado no peito      | __ Sim __ Não           | Dor nos dedos / mãos / punhos                       | __ Sim __ Não |
| Resfriados constantes              | __ Sim __ Não           | Formigamento nas mãos                               | __ Sim __ Não |
| Alergias                           | __ Sim __ Não           | Dores na coluna                                     | __ Sim __ Não |
| Doenças do nariz e garganta        | __ Sim __ Não           | Dor ou ruídos ao movimentar a boca                  | __ Sim __ Não |
| Doenças nos ouvidos                | __ Sim __ Não           | Dores nos pés e pernas                              | __ Sim __ Não |
| Dores de cabeça                    | __ Sim __ Não           | Tensão muscular                                     | __ Sim __ Não |
| Desmaios                           | __ Sim __ Não           | Distúrbio do sono                                   | __ Sim __ Não |
| Doenças na boca e dentes           | __ Sim __ Não           | Cansaço ao levantar                                 | __ Sim __ Não |
| Sangramento na gengiva             | __ Sim __ Não           | Ansiedade   | __ Sim __ Não |
| Doenças de estômago                | __ Sim __ Não           | Transtorno mental e/ou comportamental               | __ Sim __ Não |
| Diarréias freqüentes               | __ Sim __ Não           | Tristeza profunda / depressão                       | __ Sim __ Não |
| Hemorroidas                        | __ Sim __ Não           | Irritação nervosa                                   | __ Sim __ Não |
| Doenças sexualmente transmissíveis | __ Sim __ Não           | Esquecimento  | __ Sim __ Não |
| Inchaços                           | __ Sim __ Não           | Pensar ou repetir o mesmo assunto                   | __ Sim __ Não |
| Dores no pescoço                   | __ Sim __ Não           | Dificuldade para urinar                             | __ Sim __ Não |
| Palpitações                        | __ Sim __ Não           | Dor no peito  | __ Sim __ Não |
| Tremores                           | __ Sim __ Não           | Doenças de próstata                                 | __ Sim __ Não |
| Antecedentes Ginecológicos         |                         |   |               |
| Doenças ginecológicas              | __ Sim __ Não           |   |               |
| Quais                              | _____<br>_____<br>_____ |   |               |
| Alterações menstruais              | __ Sim __ Não           | Ano do último exame preventivo (Citologia Oncótica) |               |

|  |  |   |               |
|--|--|---|---------------|
| Gestação                                   | __ Sim __ Não – Qtde: _____  |   |               |
| Parto                                      | __ Sim __ Não – Qtde Normal: _____ Qtde Cesárea: _____ Qtde Fórceps: _____ |   |               |
| Aborto                                     | __ Sim __ Não – Qtde: _____  |   |               |
| Você tem ou teve:                          |  |   |               |
| Hipertensão (pressão alta)                 | __ Sim __ Não  | Já teve acidentes ou traumatismo (fraturas) | __ Sim __ Não |
| Fez alguma cirurgia                        | __ Sim __ Não  | Malária                                     | __ Sim __ Não |
| Portador de necessidades especiais         | __ Sim __ Não  | Esquistossomose (barriga d' água)           | __ Sim __ Não |
| Doenças de pulmão                          | __ Sim __ Não  | Hanseníase (lepra)                          | __ Sim __ Não |
| Doenças de tireóide                        | __ Sim __ Não  | Doença de chagas                            | __ Sim __ Não |
| Doenças nos rins                           | __ Sim __ Não  | Hérnias                                     | __ Sim __ Não |
| Doença no fígado e vesícula                | __ Sim __ Não  | Varizes nas pernas                          | __ Sim __ Não |
| Doenças do coração                         | __ Sim __ Não  | Zumbidos no ouvido                          | __ Sim __ Não |
| Diabetes (açúcar no sangue)                | __ Sim __ Não  | Epilepsia (ataques)                         | __ Sim __ Não |
| Palpitações                                | __ Sim __ Não  | Neoplasia (câncer)                          | __ Sim __ Não |
| Dislipidemia (colesterol - triglicerídios) | __ Sim __ Não  |   |               |
| Observação                                 | _____  |   |               |
|  | _____  |   |               |
|  | _____  |   |               |
|  | _____  |   |               |

### 3. ANTECEDENTES FAMILIARES

Alguém de sua família, pais, irmãos e avós, mesmo os falecidos tem ou tiveram alguma(s) desta(s) doença(s)?

|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
| Pressão Alta                               | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar | Epilepsia (Ataques) | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar |
| Doenças do coração                         | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar | Doença Mental       | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar |
| Doenças dos rins                           | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar | Tuberculose         | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar |
| Diabetes (açúcar no sangue)                | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar | Neoplasia (câncer)  | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar |
| Dislipidemia (colesterol - triglicerídios) | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar | Glaucoma            | __ Sim __ Não<br>__ Não soube informar |
| Observação                                 | _____                                  |                     |  |
|  | _____                                  |                     |  |
|  | _____                                  |                     |  |
|  | _____                                  |                     |  |

### 4. HÁBITOS PESSOAIS

Você tem por hábito?

|                                   |               |             |   |
|-----------------------------------|---------------|-------------|---|
| Realizar exercícios físicos       | __ Sim __ Não | Freqüência? | __ até 2 vezes por semana<br>__ 3 vezes por semana<br>__ mais de 3 vezes por semana |
| Uso regular de computador em casa | __ Sim __ Não | Freqüência? | __ até 3 horas por dia<br>__ acima de 3 horas por                                   |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |   |  | dia   |
| Você é tabagista   | __ Sim __ Não __ Ex-fumante   |  |   |
| <i>Responder as próximas 6 perguntas apenas se for tabagista</i>                                 |   |  |   |
| Tabela de FAGERSTROM   |   |  |   |
| 1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?                                   | __ Dentro de 5 minutos<br>__ Entre 6 e 30 minutos<br>__ Entre 31 e 60 minutos<br>__ Após 60 minutos | 2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, bibliotecas, etc.)? | __ Sim<br>__ Não  |
| 3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?      | __ O primeiro da manhã<br>__ Outros   | 4. Quantos cigarros você fuma por dia?   | __ 10 ou menos<br>__ 11 a 20<br>__ 21 a 30<br>__ 31 ou mais |
| 5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia? | __ Sim<br>__ Não  | 6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?        | __ Sim<br>__ Não  |
| Ingere bebidas alcoólicas?   | __ Sim __ Não   |  |   |
| <i>Responder as próximas 4 perguntas apenas se ingerir bebidas alcoólicas</i>                    |   |  |   |
| Questionário CAGE  |   |  |   |
| Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida?                              | __ Sim<br>__ Não  | As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?  | __ Sim<br>__ Não  |
| Você se sente culpado pela maneira como bebe?  | __ Sim<br>__ Não  | Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?                               | __ Sim<br>__ Não  |
| Toma regularmente algum medicamento?   | __ Sim __ Não   | Qual?  |   |
| Doador sanguíneo   | __ Sim __ Não   |  |   |
| Ranger ou apertar os dentes  | __ Sim __ Não   | Freqüência?  | __ Durante o dia<br>__ Só a noite<br>__ Dia e noite         |
| Observação   | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>   |  |   |

|   |                   |   |                |
|---|-------------------|---|----------------|
| <b>5. CONDIÇÕES ATUAIS DE TRABALHO</b>            |                   |   |                |
| No seu ambiente de trabalho existem problemas de: |                   |   |                |
| Ruído Elevado                                     | __ Sim __ Não     | Radiações ionizantes                          | __ Sim __ Não  |
| Iluminação Adequada                               | __ Sim __ Não     | Trabalho de campo / aberto / ambiente externo |                |
| Frio Intenso                                      | __ Sim __ Não     | Relacionamento com os colegas                 | __ Sim __ Não  |
| Calor   | __ Sim __ Não     | Relacionamento com a gerência                 | __ Bom __ Ruim |
| Mobiliário adequado                               | __ Sim __ Não     | Ritmo acelerado                               | __ Bom __ Ruim |
| Equipamento em bom estado                         | __ Sim __ Não     | Posições/posturas inadequadas                 | __ Sim __ Não  |
| Exposição a produtos químicos                     | __ Sim __ Não     | Exposição a agentes biológicos                | __ Sim __ Não  |
| Gosta do que faz                                  | __ Sim __ Não     |   |                |
| Observação  | <hr/> <hr/> <hr/> |   |                |

|  |       |
|--|-------|
|  | _____ |
|  | _____ |

| 6. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUTA |   |     |  |
|-----------------------------------|---|-----|--|
| Hígido                            | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | CID |  |
| Conduta                           | _____<br>_____<br>_____<br>_____                          |     |  |

| 7. EXAME FÍSICO                        |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 1) Sinais vitais e medidas biométricas |  |  |   |
| PA                                     | <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> mmHG   | FC   | <input type="checkbox"/> bpm  |
| Peso (Kg)                              |  | Altura (metros/cm)   |   |
| IMC                                    |  |  |   |
| Observação                             | _____<br>_____<br>_____  |  |   |
| 2) Pele e mucosa                       |  |  |   |
| Pele                                   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada  | Tipo   | <input type="checkbox"/> Descoradas<br><input type="checkbox"/> Ictérias<br><input type="checkbox"/> Cianóticas<br><input type="checkbox"/> Dermatoses<br><input type="checkbox"/> Outros |
| Mucosa                                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada  | Qual   |   |
| Observação                             | _____<br>_____<br>_____  |  |   |
| 3) Olhos                               |  |  |   |
| Ac. Visual                             | <input type="checkbox"/> Não realizado<br><input type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Alterada | <input type="checkbox"/> Sem correção<br><input type="checkbox"/> Com correção | Senso cromático<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada  |
| Observação                             | _____<br>_____<br>_____  |  |   |
| 4) Cabeça e pescoço                    |  |  |   |
| Tireóide                               | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada  | Gânglios   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado   |
| Dentes                                 | <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados  | Ouvidos  | <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados   |
| Garganta                               | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada  | ATM  | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada   |
| Observação                             | _____<br>_____<br>_____  |  |   |
| 5) Respiratório                        |  |  |   |
| Inspeção                               | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada  | M.V.   | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada   |

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| Observação            | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>  |  |  |
| 6) Cardiovascular     |  |  |  |
| Cardiovascular        | <input type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Arritmia<br><input type="checkbox"/> Sopro<br><input type="checkbox"/> Outros  | Pulso  | <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterados  |
| Observação            | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>  |  |  |
| 7) Abdome             |  |  |  |
| Abdome                | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dor a palpação <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia <input type="checkbox"/> Massas Palpáveis<br><input type="checkbox"/> Outros |  |  |
| Observação            | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>  |  |  |
| 8) Membros Superiores |  |  |  |
| Membros Superiores    | <input type="checkbox"/> Normais<br><input type="checkbox"/> Alterados   | <input type="checkbox"/> Força<br><input type="checkbox"/> Musculatura | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda<br><input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda |
| Ombros                | <input type="checkbox"/> Normais<br><input type="checkbox"/> Dor   | <input type="checkbox"/> Rotação Interna                               | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Rotação Externa                               | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Abdução                                       | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Adução  | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Elevação Anterior                             | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Elevação Posterior                            | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
| Braços                | <input type="checkbox"/> Normais<br><input type="checkbox"/> Dor   | <input type="checkbox"/> Direito                                       |  |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Esquerdo                                      |  |
| Cotovelos             | <input type="checkbox"/> Normais<br><input type="checkbox"/> Alterados   | <input type="checkbox"/> Limitações dos movimentos                     | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Dor epicôndilo medial                         | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Dor epicôndilo lateral                        | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
| Antebraços            | <input type="checkbox"/> Normais<br><input type="checkbox"/> Dor   | <input type="checkbox"/> Direito                                       |  |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Esquerdo                                      |  |
| Mãos e punhos         | <input type="checkbox"/> Normais<br><input type="checkbox"/> Alterados   | <input type="checkbox"/> Edema   | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Crepitação                                    | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Cistos  | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Pronação                                      | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Supinação                                     | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Dor Movimentação                              | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Dor Passiva                                   | <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda   |
|                       |  | <input type="checkbox"/> Outros  |  |
| Observação            | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>  |  |  |

|                           |                            |   |  |
|---------------------------|----------------------------|---|--|
| 9) Coluna Vertebral       |                            |   |  |
| Coluna Vertebral          | __ Normal<br>__ Alterada   | __ Escoliose<br>__ Cifose<br>__ Lordose   |  |
| Movimentos                | __ Livre __ Limitado       | Musculatura   | __ Normal __ Alterada  |
| Observação                | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>    |   |  |
| 10) Membros inferiores    |                            |   |  |
| Membros inferiores        | __ Normais<br>__ Alterados | __ Edema<br>__ Varizes<br>__ Limitações de Movimentos<br>__ Musculatura<br>__ Força<br>__ Articulação | __ Direito __ Esquerdo<br>__ Direito __ Esquerdo |
| Observação                | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>    |   |  |
| <b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b> |                            |   |  |
| Observação                | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>    |   |  |