

ANEXO D – FICHA DE INSPEÇÃO ANUAL DE SAÚDE**POLÍCIA MILITAR DOPARANÁ
DIRETORIA DE SAÚDE
JUNTA MÉDICA****FICHA DE INSPEÇÃO DE SAÚDE****IDENTIFICAÇÃO**

Nome:

Graduação:

Registro geral:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Região que pretende atuar:

Telefone de contato:

Data da avaliação:

EXAME BIOMÉTRICO

Peso:

IMC:

Altura:

Frequência cardíaca:

Circunferência abdominal (CA):

Pressão arterial:

ANAMNESE

Queixa atual: Não () Sim () Qual(is):

Gestante: Não () Sim () Semanas:

Doença atual ou prévia: Não () Sim () Qual(is):

HAS () Diabetes mellitus () Dislipidemia () Asma () DPOC () IRC ()

Neoplasia () Especificar:

Doença cardiológica () Especificar:

Doença neurológica () Especificar:

Doença reumatológica () Especificar:

Doença osteomuscular () Especificar:

TESTE ERGOMÉTRICO

Data do exame:

Presença de alterações compatíveis com isquemia: () Não () Sim

Presença de arritmia: () Não () Sim Qual:

Comportamento da pressão arterial: () Normal (Laudo:) Alterado

MÉDICO AVALIADOR (nome, carimbo e assinatura)

TERMO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, _____, informo que estou ciente e assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas nesta avaliação médica.

Assinatura do declarante: _____.