

Ficha de Anamnese

Nome:	
RG:	Data Nasc.: / /
Altura:	Peso
Endereço: _____ no _____	
Cidade:	Estado:

Em caso de acidentes ou emergências contatar:

Tel.: (____) _____ **Pai**

(____) _____ **Mãe**

(____) _____ **Outros**

(PREENCHA O FORMULÁRIO DESTA FICHA COM A MAIOR FIDELIDADE POSSÍVEL. LEIA CUIDADOSAMENTE E RESPONDA (SIM) A DOENÇA QUE JÁ TEVE OU TEM, E COM QUAL IDADE)

Doença	Sim	Idade	Doença	Sim	Idade
ASMA			MALÁRIA		
BRONQUITE			PNEUMONIA		
CACHUMBA			REUMATISMO		
CATAPORA			RUBÉOLA		
COQUELUCHE			SARAMPO		
DENGUE					
ENXAQUECA			OUTRAS 1		
EPILEPSIA			2		
FEBRE AMARELA			3		

Já sofreu alguma operação?(Por exemplo: olhos, ouvido, garganta, etc) Qual ou Quais?

Teve alguma fratura? Qual ou Quais?

Tem alguma alergia? Enumere-as

1 _____ 2 _____

3 _____

4 _____

Está em tratamento médico? _____ Qual o motivo?

Faz uso de Medicamentos? _____ Quais?

Tem alergia a algum medicamento ou substância? _____

Quais? _____

Tipo Sangüíneo: A () B () AB () O () Fator Rh: Rh+ () Rh- ()

_____ de junho de 2005.

Assinatura: _____

Assinatura(s) do(s) Responsável(is):
