

## Ficha de Anamnese

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

**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)**

<b>Doença</b>	<b>Sim</b>	<b>Idade</b>	<b>Doença</b>	<b>Sim</b>	<b>Idade</b>
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):

\_\_\_\_\_