

## FICHA DE SAÚDE 2017

### 1- IDENTIFICAÇÃO DO(A) ALUNO(A):

Nome: \_\_\_\_\_  
 Série/Turma 2017: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_  
 Em caso de emergência, avisar:  
 Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
 Telefone para contato: \_\_\_\_\_

### 2 – INFORMAÇÕES GERAIS:

#### O aluno vem e volta para a escola de que forma?

- Com os pais;  
 A pé e sozinho;  
 De bicicleta e sozinho;  
 A pé mas acompanhado. Com quem? \_\_\_\_\_  
 De bicicleta mas acompanhado. Com quem? \_\_\_\_\_  
 De transporte escolar.  
 Nome do responsável pelo transporte? \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

#### O(a) aluno(a) está autorizado a sair da escola sozinho(a)?

SIM  NÃO

Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo da escola são:

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

#### O(a) aluno(a) mora com quem?

- Pais  Só o Pai  Só a Mãe  
 Outros. \_\_\_\_\_ Quem tem a guarda? \_\_\_\_\_

### 3- INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DO(A) ALUNO(A):

<b>a) Doenças que já teve:</b>	<input type="checkbox"/> Catapora <input type="checkbox"/> Meningite <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Hepatite <input type="checkbox"/> Pneumonia
<b>b) Alergia:</b>	<input type="checkbox"/> Na pele <input type="checkbox"/> Bronquite <input type="checkbox"/> Rinite <input type="checkbox"/> Alimentar <input type="checkbox"/> Outra _____ <input type="checkbox"/> Medicamento. Qual? _____
<b>c) Tem ou teve problema no coração?</b>	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
<b>d) Toma alguma medicação controlada?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ Motivo: _____
<b>e) Tem intolerância:</b>	<input type="checkbox"/> Lactose <input type="checkbox"/> Glúten
<b>f) Tem alguma deficiência?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ Usa alguma prótese? Onde? _____ Tem dificuldade para caminhar? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Utiliza algo para auxiliar a caminhar? <input type="checkbox"/> Sim. O que? _____
<b>g) Tem ou teve desmaio ou convulsão?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Faz acompanhamento desse problema? _____
<b>h) Tem diabetes?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Faz tratamento? _____
<b>i) Tem algum problema na coluna?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____
<b>j) Já teve alguma fratura?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Onde? _____
<b>k) Já esteve internado?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.

	Por cirurgia? ( ) Não ( ) Sim Motivo: _____	* Atenção, mediante o(s) diagnóstico(s) se faz necessário apresentar laudo médico atualizado até o dia 06/02/2017.	
<b>l) Tem problema com peso?</b>	( ) Sim ( ) Não	<b>o) Segundo o(s) acompanhamento(s), seu (sua) filho(a) apresenta diagnóstico de:</b>	
<b>m) Faz algum acompanhamento?</b>	( ) <b>Psicólogo</b> Onde? _____ Motivo: _____	( ) Hiperatividade	Apresenta Relatório de confirmação? ( ) Não ( ) Sim Data do Diagnóstico: ____/____/____
	( ) <b>Psicopedagoga</b> Onde? _____ Motivo: _____	( ) Dislexia	Apresenta Relatório de confirmação? ( ) Não ( ) Sim Data do Diagnóstico: ____/____/____
	( ) <b>Fonoaudiólogo</b> Onde? _____ Motivo: _____	( ) T.D.H.A	Apresenta Relatório de confirmação? ( ) Não ( ) Sim Data do Diagnóstico: ____/____/____
	( ) <b>Terapia Ocupacional</b> Onde? _____ Motivo: _____	( ) Déficit de Atenção	Apresenta Relatório de confirmação? ( ) Não ( ) Sim Data do Diagnóstico: ____/____/____
	( ) <b>Neurologista</b> Onde? _____ Motivo: _____	( ) Outros. Qual? _____	Apresenta Relatório de confirmação? ( ) Não ( ) Sim Data do Diagnóstico: ____/____/____
		( ) Outros. Qual? _____	Apresenta Relatório de confirmação? ( ) Não ( ) Sim Data do Diagnóstico: ____/____/____
<b>n) Devido o(s) acompanhamento(s), toma algum medicamento?</b>	Qual?(Nome do medicamento) _____ Horário que toma: _____ Orientado o uso pelo? (ex.: neurologista, etc.) _____	( ) Outros. Qual? _____	Apresenta Relatório de confirmação? ( ) Não ( ) Sim Data do Diagnóstico: ____/____/____
	Qual?(Nome do medicamento) _____ Horário que toma: _____ Orientado o uso pelo? (ex.: neurologista, etc.) _____	( ) Outros. Qual? _____	Apresenta Relatório de confirmação? ( ) Não ( ) Sim Data do Diagnóstico: ____/____/____
		Observações: _____	

Assinatura do Responsável

Cachoeira Paulista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.