



# COLÉGIO DE APLICAÇÃO DOM HÉLDER CÂMARA

## FICHA MÉDICA

Aluno (a): \_\_\_\_\_

Matr. \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Data do Nascimento: \_\_\_\_\_

Responsável - (pai): \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(mãe): \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail do responsável: \_\_\_\_\_

1) Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena

2) Grupo Sanguíneo ( ) Fator RH ( )

3) Telefones de Emergência: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, responsável: \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, responsável: \_\_\_\_\_

4) Assistência Médica: \_\_\_\_\_

5) Médico Assistente: \_\_\_\_\_

6) Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES IMPORTANTES

1) Faz algum tratamento com médico especialista? Não ( ) Sim ( )

Qual? \_\_\_\_\_

2) Faz uso de medicamento abaixo, de posse do aluno (a) e acompanhado na prescrição?

Não ( ) Sim ( )

Qual? \_\_\_\_\_

3) Apresenta alguma doença sujeita a crise? Não ( ) Sim ( )

Qual? \_\_\_\_\_

4) Apresenta algum tipo de alergia? Não ( ) Sim ( )

Qual? \_\_\_\_\_

5) Assinalar os medicamentos que **PODEM** ser usados pelo aluno (a) em caso de ida a emergência ou socorro médico :

( ) Aspirina, ASS (Ácido acetil salicílico)

( ) Tylenol, Dorico (Paracetamol)

( ) Atroveran (Papaverina + associações)

( ) Buscopan simples (Brometo de N-butil-escopolamina)

( ) Buscopan composto (Brometo de N-butil-escopolamina + dipirona)

( ) Novalgina (Dipirona)

( ) Dorflex (Dipirona + cafeína + citrato de orfenadrina)

O contratante, assim definido no contrato de prestação de serviços educacionais para o ano letivo, tem ciência de que os dados aqui colhidos servem para conhecimento do colégio quanto às condições de saúde do (a) aluno (a) e responsabiliza-se pela sua veracidade.

Declaro ainda que o aluno (a) encontra-se em dia com as vacinas indicadas pelo Ministério da Saúde.

Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_