A.S.O.

Assessoria em Saúde Ocupacional e Comércio Ltda.
Rua Abel Pereira de Castro, 484 – Centro – Rio Verde - GO
CEP: 75.901-060 FONE/FAX 64.3621-3908

Prontuário Médico Ocupacional

Exame: ( )**Admissional** ( ) **Demissional** ( ) **Periódico** ( ) **Retorno ao Trabalho** ( ) **Mudança de Função**
Empresa: _____
Funcionário:_____
Sexo: _____ **RG:** _____ **Data Nascimento:** ____/_____/_____
Setor: _____ **Função:** _____

EXAME FÍSICO

Peso: _____ **Kg** **Altura:** _____ **Cm** **Pulso:** _____ **Bpm**
Aparelho cardio respiratório – P.A: _____ **mmHg**
Circunferência abdominal: _____

HISTÓRICO OCUPACIONAL

Empresas Anteriores: _____
( ) **Doença ocupacional anterior** ( )**Acidente de trabalho anterior**

HISTÓRICO PATOLÓGICA PREGRESSA

Hipertensão arterial	( ) Não ( ) Sim	Hérnia	( ) Não ( ) Sim
Diabetes Mellitus	( ) Não ( ) Sim	Intoxicação	( ) Não ( ) Sim
Enxerga bem?	( ) Não ( ) Sim	Alergia	( ) Não ( ) Sim
Hanseníase	( ) Não ( ) Sim	Varizes	( ) Não ( ) Sim
Ouve Bem?	( ) Não ( ) Sim	Asma / Bronquite	( ) Não ( ) Sim
Rinite	( ) Não ( ) Sim	Fratura	( ) Não ( ) Sim
Otite	( ) Não ( ) Sim	Crise convulsiva	( ) Não ( ) Sim
Surdo-Mudez	( ) Não ( ) Sim	Cirurgia(s) realizada(s)	( ) Não ( ) Sim
Cardiopatia	( ) Não ( ) Sim	Dores nos punhos e ombros	( ) Não ( ) Sim
Dores lombares	( ) Não ( ) Sim	Tonturas (ao subir em alturas	( ) Não ( ) Sim

Observação: _____

HISTÓRICO SOCIAL

( ) **Tabagismo** ( ) **Usa alguma medicação** ( ) **Etilismo** ( )**Lado predominante:** ( ) **Canhoto**
Observação: _____

VACINAS
( )**Tétano** ( ) **Hepatite** ( ) **Febre Amarela**
Observação:

EXAMES COMPLEMENTARES

_____
_____

EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

APTO INAPTO para a função
DATA DO EXAME _____/ _____/ _____ **Médico examinador**_____