



113/SC - BROWNSEA

FICHA MÉDICA

Nome: _____

Registro: _____

Nome registro: _____

Sexo: _____ Data de nasc.: _____

Altura: _____ Peso: _____ Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

UTILIZA OS SEGUINTE EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO () Não () Sim

() Óculos () Lentes de contato () Aparelhos dentários () Sondas () Marcapasso () Aparelhos de audição

() Bomba de insulina () Outros Cite: _____

SAÚDE FÍSICA

() Apresenta algum problema crônico de saúde? _____

() Faz acompanhamento médico regular? _____

() Asma ou bronquite () Rinite ou sinusite () Hipertensão () Diabetes

() Convulsões ou epilepsia () Problemas dermatológicos () Problemas cardíacos () Problemas renais

() Problemas reumatológicos () Problemas hematológicos

(x) Outros Cite: _____

MEDICAMENTOS EM USO (CONTÍNUO OU () Não () Sim***** Se necessário, listar medicamentos no**

O jovem tem autonomia e está treinado para administrar sua medicação sozinho? () Sim () Não

Informações _____

Permite administrar medicamentos por profissionais em saúde que atuam no Grupo? () Sim () Não

Informações _____

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

() Aguardar acompanhamento dos Pais/Responsáveis () Aceita decisões médicas

Avisar em Emergências () Pais () Outro: _____

Telefone: _____

Plano de saúde: () Não/SUS () Sim Cite: _____

Carteirinha _____

Médico de Preferência: _____

Telefone(s): _____

ALERGIAS () Não () Sim

() Picada de inseto Cite: _____

() Medicamentos Cite: _____

() Plantas Cite: _____

() Alimentos Cite: _____

() Ácaros Cite: _____

() Fungos Cite: _____

() Outro Cite: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Possui impedimento físico? () Não () Sim Cite: _____

Restrições a alimentos? () Não () Sim Cite: _____

Sabe nadar? () Não () Sim

É sonâmbulo? () Não () Sim

SAÚDE MENTAL

Apresenta Distúrbio de Comportamento?

() Não () Sim Cite: _____

Faz uso de medicação para este transtorno?

() Não () Sim Cite: _____

Faz acompanhamento com psicólogo?

() Não () Sim Cite: _____

Faz acompanhamento com médico?

() Não () Sim Cite: _____

Faz acompanhamento com outro profissional?

() Não () Sim Cite: _____

DEFICIÊNCIAS () Não () Sim

() Física Cite: _____

() Visual Cite: _____

() Auditiva Cite: _____

() Intelectual Cite: _____

() Autismo Cite: _____

APRESENTA NO COMPORTAMENTO

Crises de explosão em que agrida a si mesmo?

() Não () Sim Cite: _____

Crises de explosão em que agrida os outros?

() Não () Sim Cite: _____

Agitação psicomotora que atrapalhe a concentração?

() Não () Sim Cite: _____

Dificuldade de obedecer instruções verbais? De que tipo?

() Não () Sim Cite: _____

Tendência a fugas?

() Não () Sim Cite: _____

Comportamento auto-destrutivo (cortes, arranhões, etc.)?

() Não () Sim Cite: _____

Crises de ansiedade ou pânico?

() Não () Sim Cite: _____

Dificuldade de comunicação com outras pessoas?

() Não () Sim Cite: _____

Dificuldades alimentares?

() Não () Sim Cite: _____

Dificuldades de sono?

() Não () Sim Cite: _____

Data da última atualização: _____ Assinatura do Responsável: _____