

## “FICHA DE ANAMNESE”

Nome: _____	
RG: _____	Data Nasc.: ____ / ____ / ____
Altura: _____	
Peso: _____	
Endereço: _____ no. _____	
Cidade: _____	Estado: _____

**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)**

DOENÇA	SIM	IDADE	DOENÇA	SIM	IDADE
ASMA			MALÁRIA		
BRONQUITE			PNEUMONIA		
CACHUMBA			REUMATISMO		
CATAPORA			RUBEOLA		
COQUELUCHE			SARAMPO		
DENGUE					
ENXAQUECA			Outras: 1.		
EPILEPSIA			2.		
FEBRA AMARELA			3.		
			4.		

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-( )

Local e data

Assinatura(s) do(s) Responsável(is): \_\_\_\_\_