



Monitoramento dos Trabalhadores do Controle de Zoonoses

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: _____

Rua/AV: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: _____

FICHA II

EVOLUÇÃO - Controle anual de Pacientes de Risco

I - História Clínica Atual

Data: ____/____/____

Está com algum problema de saúde? Sim Não

Qual? _____

Usa algum medicamento habitualmente? Sim Não

Qual? _____

Principais Sintomas / Sinais

Sim Não

Principais Sintomas / Sinais

Sim Não

Parestesia / MMSS			Outros sangramentos. Qual?		
Parestesia / MMII			Irritação da pele		
Fraqueza muscular			Irritação de mucosas		
Cansaço fácil nas pernas			Alteração da urina		
Tremores			Incontinência urinária		
Visão Turva			Taquicardia		
Diminuição acuidade visual			Bradycardia		
Fotofobia			Sudorese		
Zumbido			Dispneia		
Dificuldade na audição			Chiado		
Salivação			Tosse		
Náusea / Vômito			Tontura		
Inapetência			Alteração de memória		
Epigastralgia			Sofrimento Mental? - Avaliar pelo SRQ*		
Incontinência fecal					
Sangramento digestivo					
Outras:					

*Nota: Avaliar o SRQ 20 – “Self Report Questionnaire”, teste que avalia o sofrimento mental, previamente aplicado. RESULTADO - Se o resultado for > 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental. . Atenção, algumas alterações questionadas no SRQ podem também ser causadas por praguicidas: alteração de sono, cefaleia, dificuldade de raciocínio, de concentração, alteração de humor, irritabilidade, etc.

II - Exame Físico Geral

Data: ___/___/___

PA:

P:

FC:

T:

Peso:

Pele:

Mucosas:

Gânglios:

Boca:

Tireóide:

Coração:

Pulmão:

Abdômen:

Neurológico

Pupilas:

Miose? Sim Não

Movimentos do globo ocular e campo visual:

Tremores e tiques:

Força muscular:

Coordenação motora:

Tônus muscular:

Reflexos:

Marcha e equilíbrio:

Sensibilidade:

Coluna:

MMSS:

MMII:

Outros dados e descrições de interesse:

III - Atualizações de Atividades e Outros Registros

Mudança de atividades/ocupações profissionais, de produtos químicos e de exposição no último ano, registrar data das alterações. Mudanças do EPI ou na sua utilização com data da alteração.

Vacinações e Reforços no anoInfluenza Sim Não Antirrábica Sim Não Anti Tetânica Sim Não

Outras:

Atividades/Postos de Trabalho no último mês

Exposição à substância químicas no último mês?

Sim Não

Registre os dados seguintes para cada substância

Substância:

Contato frequente: Horas Diárias _____

Horas Semanais _____

Contato eventual: Número de dias com contato _____

Horas mensais _____

Substância:

Contato frequente: Horas Diárias _____

Horas Semanais _____

Contato eventual: Número de dias com contato _____

Horas mensais _____

Outras Substâncias:

XIII - Hipótese Diagnóstica

XIV - Conduta
