

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Inscrição de Participante com mais de 35 anos Dependente ou Beneficiário Adicional com mais de 30 anos

Informações a serem prestadas para admissão de Participante com mais de 35 anos, Dependente ou Beneficiário Adicional com mais de 30 anos

Nome do Participante: _____

Nome do Dependente / Beneficiário: _____

Parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Questionário

1. Qual o seu estado atual de saúde ?

Normal (Passe para a pergunta seguinte)

Anormal

Descreva sucintamente qual(is) o(s) problema(s) atual(is): _____

2. É fumante ?

Não

Sim. Quantos cigarros/dia ? : > 20 | de 10 a 20 | de 5 a 10 | < 5

3. Apresenta tosse ?

Não

Sim.

4. Apresenta expectoração (escarros) ?

Não

Sim. Com sangue ? Sim Não

5. Apresenta falta de ar (dispnéia) ?

Não

Sim. Descreva as situações que provocam a falta de ar: _____

6. Apresenta edema (inchume) ?

Não

Sim. Onde ? _____ Desde quando ? _____

7. Apresenta sopro cardíaco ?

Não

Sim.

8. Apresenta hipertensão arterial (pressão alta) ?

Não

Sim. Há quantos anos ? _____

9. Apresenta dor no peito ?

Não (passe para a pergunta número 13)

Sim.

10. O que provoca a dor no peito ? _____

11. Qual a duração da dor ?

menos de 10 minutos | de 10 a 20 min. | de 20 a 60 min. | mais de 60 min.

12. O que alivia a dor ? _____

13. Apresenta dor abdominal ?

Não

Sim. De que tipo ? _____

14. Como funcionam os intestinos ?

Hábito normal.

Constipação crônica

Diarréia crônica

Diarréia eventual

Constipação eventual

Alternância diarréia/constipação

15. Tem alguma dificuldade para engolir os alimentos ?

Não

Sim. De que tipo ? _____

16. Tem ou já teve úlcera ?

Não

Sim. De que tipo ? _____

17. Já teve sangramento digestivo ? Como foi ?

18. Já teve icterícia (amarelão) ?

Não

Sim. Quando ? _____

19. Sabe se já teve hepatite ?

Não

Sim. De que tipo ? _____

20. Tem algum problema urinário ?

Não

Sim. Qual ? _____

21. Somente para as mulheres: Tem hemorragias vaginais anormais ?

Não

Sim. De que tipo ? _____

22. Tem alguma paralisia ou fraqueza muscular ?

Não

Sim. De que tipo ? _____

23. Já teve alguma perda de consciência ?

Não

Sim. Descreva como foi: _____

24. Sofre de dores articulares ?

Não

Sim. De que tipo ? _____

25. Tem algum tumor ?

Não

Sim. Qual ? _____

26. Tem febre ?

Não

Sim. Desde quando ? _____

27. Tem nódulos anormais ?

Não

Sim. Onde ? _____

28. Já fez alguma cirurgia ?

Não

Sim. Qual ? _____

29. Já esteve hospitalizado ?

Não

Sim. Qual o motivo ? _____

30. Já doou sangue ?

Não. Qual o motivo ? _____

Sim. Quando ? _____

31. Trabalha atualmente ?

Não. Qual o motivo ? _____

Sim. Qual a profissão ? _____

32. Consome ou já consumiu drogas (psicotrópicos) ?

Não

Sim. Qual(is) ? _____

33. Já se submeteu a tratamento por abuso de drogas ?

Não

Sim. Qual ? _____

34. Já se submeteu a tratamento psiquiátrico e/ou psicológico ?

Não

Sim. Quando ? _____ Por quanto tempo ? _____

35. Quais as doenças que sofre atualmente ? Liste abaixo:

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

f. _____

g. _____

h. _____

36. Informe a seguir alguma condição de saúde presente que as perguntas acima não permitiram esclarecer: _____

Responsável pelas respostas:

o próprio Dependente / Beneficiário Adicional

o Participante da FAS

Outro. Quem ? _____

P. Alegre, ___ / ___ / ___

Assinatura

COMPROMISSO

Declaro que conheço o Regulamento Geral e demais Resoluções da FAS/AMP/RS as quais me comprometo respeitar e cumprir de forma integral.

Declaro, ainda, que estou ciente de que as patologias pré-existentes têm cobertura parcial temporária, com o que concordo irrestritamente.

Declaro, por fim, que o questionário supra foi respondido de forma absolutamente correta e a qualquer tempo poderá ser invocado para caracterização de patologia pré-existente ou insinceridade de declaração.

P. Alegre, ___ / ___ / ____

Ciente: _____

Assinatura

AUTORIZAÇÃO

Pelo presente autorizo a Junta Médica, por seus componentes, a informar reservadamente, ao Conselho Deliberativo da FAS/AMP/RS, o diagnóstico que porventura, tiver dado causa ao eventual Parecer de patologia pré-existente.

P. Alegre, ___ / ___ / ____

Assinatura

PS.: I - O Compromisso e Autorização devem ser assinados pelo próprio candidato a Beneficiário Adicional e com a ciência do Participante.

II - Se o candidato for alieni juris os documentos deverão ser firmados por seu representante legal.