



Ficha pessoal para atividades de Campo

As informações abaixo são destinadas a auxiliar o atendimento em caso de emergências em atividades de campo do Curso de Graduação em Geologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. São sigilosas e serão inutilizadas após a atividade de campo.

Disciplina: _____

Nome do aluno: _____

DRE: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

RG.: _____ CPF: _____

Tipo sanguíneo: _____ RH: _____

Telefones para emergências: _____

Pessoa a ser contactada: _____ Parentesco: _____

Possui alguma enfermidade crônica ou passou por cirurgias recentes? (em caso afirmativo especifique):

Possui alergias? (em caso afirmativo especifique):

Faz uso contínuo de medicamentos? (em caso afirmativo especifique):

Nome	Dosagem

Possui convênio médico? () Não () Sim Qual? _____
Abrangência: _____ Nº da carteira: _____
Contato médico: _____ Telefone: _____

Já teve alguma das seguintes doenças?

() catapora () meningite () hepatite () dengue () pneumonia ()

Qual das seguintes vacinas você tomou? (vacinas recomendadas, disponíveis no SUS)

- () febre amarela – 1 dose a cada 10 anos
() DT (difteria / tétano) – 3 doses e reforço a cada 10 anos
() poliomielite – 3 doses e 1 reforço
() meningite meningocócica – 2 doses e 1 reforço
() hepatite A – 2 doses (intervalo de 6 meses)
() hepatite B – 3 doses
() febre tifoide – 1 dose
() raiva – 4 doses

É portador de necessidade especial? () SIM () NÃO
Qual? _____

Tem algum problema de saúde? () SIM () NÃO
Qual? _____

Tem alguma doença congênita? () SIM () NÃO
Qual? _____

Toma algum medicamento? () SIM () NÃO
Qual? _____
Dosagem? _____

Tem alergia a algum medicamento? () SIM () NÃO
Qual? _____

Foi submetido a alguma cirurgia? () SIM () NÃO
Qual? _____

Já teve alguma fratura? () SIM () NÃO
Onde? _____

Tem ou teve desmaio ou convulsão? () SIM () NÃO
Por quê? _____

Tem hipertensão? () SIM () NÃO
Se sim, está em tratamento? () SIM () NÃO

Tem asma? () SIM () NÃO

Tem bronquite? () SIM () NÃO

É epilético? () SIM () NÃO

É hemofílico? () SIM () NÃO

É diabético? () SIM () NÃO

Se sim, depende de insulina? () SIM () NÃO

É alérgico? () SIM () NÃO
A que? _____

Tem restrição alimentar? SIM NÃO
Qual? _____

Tem ou teve problema no coração? SIM NÃO
Se sim, qual? _____
Se sim, faz acompanhamento desse problema? SIM NÃO
Onde? _____

Tem algum problema na coluna? SIM NÃO
Se sim, qual? _____

Tem dificuldades para caminhar? SIM NÃO

Tem problema com peso? SIM NÃO

Já esteve internado? SIM NÃO
Se sim, por quê? _____

Faz algum tratamento especializado? SIM NÃO
Se sim, qual? _____

Parágrafo único: É expressamente proibido a utilização ou estar sob efeito de álcool e/ou entorpecentes (drogas) durante as atividades de campo ou nas dependências da universidade.

Outras observações importantes:

Recuso-me a fornecer as informações solicitadas.

_____/_____/_____
(data)

(assinatura)