



TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

QUESTIONÁRIO MÉDICO ADMISSIONAL

O questionário abaixo tem por objetivo coletar dados sobre sua saúde e auxiliar na avaliação do exame médico admissional. Assinale a resposta mais adequada às perguntas formuladas e, quando tiver dúvidas, deixe-as em branco e pergunte ao(à) profissional de medicina no momento do exame.

OBS: Este questionário é confidencial, com acesso restrito aos(às) profissionais de medicina do TRE-DF.

Nome:			
	Nome social:		
Cargo:	Área:	Especialidade:	

	SIM	NÃO	NÃO SEI
Você é portador de alguma das doenças especificadas a seguir? (Tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, cardiopatia grave, doença de Parkinson, paralisia irreversível, espondiloartrite, nefropatia grave, Doença de Paget (osteíte deformante) e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS) Qual?			
Tem alguma deficiência? Especifique:			
Tem problemas auditivos?			
Tem alguma dificuldade visual?			
Faz uso de lentes corretivas para a visão?			
Já fez cirurgia refrativa? (correção de miopia, por exemplo)			
Tem pressão alta?			
É portador de alguma doença cardíaca?			
É portador de alguma doença pulmonar?			
É portador de alguma doença renal?			
Tem alguma doença ou sintomas digestivos? (diarreia, vômitos, azia ou queimação no estômago, gastrite, úlcera, ou outras)			
Já teve sangramento nas fezes?			
Tem doenças da tireoide?			
Tem diagnóstico de diabetes?			
Tem alguma doença infecciosa crônica? (infecção pelo HIV ou SIDA, toxoplasmose ocular, hanseníase, doença de Chagas, neurocisticercose, ou outras)			

	SIM	NÃO	NÃO SEI
Tem doenças de pele?			
Tem dores articulares?			
Tem dores musculares?			
Já teve fraturas ou entorses?			
Já teve dores nas costas?			
Já desenvolveu alguma doença relacionada ao trabalho?			
Já teve dores nas mãos e punhos, ou perda da força muscular dos membros superiores?			
Tem ou teve lesões por esforços repetitivos (LER) ou distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT)?			
Tem histórico de convulsões ou desmaios?			
Tem dores de cabeça?			
Tem doenças neurológicas? (doença de Parkinson, Huntington, esclerose múltipla, ou outras)			
Tem ou já teve doenças hematológicas? (anemias, trombocitopenias, leucemias, linfomas entre outras)			
Já foi submetido a alguma cirurgia?			
Já sofreu acidentes?			
Já sofreu acidentes de trabalho?			
Faz uso de alguma prótese?			
(Apenas mulheres) Tem doenças ginecológicas? (miomatose, cistos ovarianos, displasias no colo uterino, hemorragias uterinas, entre outras)			
(Apenas mulheres) Já teve ou tem doenças mamárias? (nódulos, mastites, câncer de mama, entre outras)			
Tem ou já teve diagnóstico de câncer?			
Fuma?			
Faz uso de bebidas alcoólicas?			
Já usou ou faz uso de drogas ilícitas?			
É portador de algum transtorno psiquiátrico?			
Já fez ou faz uso de medicações controladas?			
Faz acompanhamento psiquiátrico ou psicológico?			
Já esteve internado por transtorno mental?			
Tem dificuldades de relacionamento no trabalho?			
Tem dificuldades de relacionamento com familiares?			
Tem histórico de afastamento prolongado do trabalho para tratamento da própria saúde?			
Deseja informar algum fato que considere relevante na sua história clínica? (use o espaço abaixo):			

Por ser verdade, responsabilizo-me pelas informações prestadas acima nos termos da lei.

Brasília, / /

Assinatura