

ANEXO III.2

Questionário Individual de Saúde

(composto por 2 páginas em frente e verso)

Nome do candidato _____

Data de Nascimento | ____-____-____| ____| ____| ____|

BI/CC n.º | ____-____-____-____-____| Validação | ____-____-____-____| ____|

Estado Civil _____

Morada _____

Código Postal | ____-____| ____|

Localidade_____

Telefone n.º | ____-____-____-____| ____| ____|

No momento do preenchimento deste questionário o candidato deverá ser portador de:

- a) Bilhete de Identidade;
- b) Boletim Individual de Saúde atualizado em relação à vacina antitetânica e hepatite B;
- c) Radiografia do tórax e exames complementares de diagnóstico que o médico considerar convenientes.

O presente questionário constitui documento sujeito a sigilo,
devendo ficar na posse do médico ou dos serviços de saúde.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL DE SAÚDE

1. SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO - Ausência de deficiência motora permanente, congénita, ou adquirida, com repercussão na aprendizagem

2. VISÃO – Ausência de deficiência visual permanente bilateral – cegueira e baixa visão

Acuidade visual _____

Sem correção _____

Com correção _____

Senso cromático (ausência de daltonismo)

3. AUDIÇÃO – ausência de deficiência auditiva bilateral de grau severo ou profundo

Perda auditiva _____

Sem correção _____

Com correção _____

4. OLFATO

5. SENSIBILIDADE (TÁCTIL, TÉRMICA E ÁLGICA)

6. SISTEMA NEURO-MUSCULAR

Coordenação _____

Movimentos involuntários _____

Alteração da linguagem e da fala _____

Défice motor _____

Atrofia muscular _____

7. COMPORTAMENTO

Alterações de comportamento _____

8. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Atenção _____

Coerência do discurso _____

Outros _____

9. MEDICAÇÃO HABITUAL

10. OBSERVAÇÕES:

CONCLUSÕES:APTO | ____ | (a inscrever em declaração médica autónoma) **NÃO APTO** | ____ |

O MÉDICO

Emitido _____ em _____ | ____ | ____ | ____ | - | ____ | ____ | ____ |

N.º de Inscrição na Ordem dos Médicos _____