PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

FICHA AMBULATORIAL

CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR - CRST

1-IDENTIFICAÇÃO

Nº CARTÃO SUS: | DATA: | RG Nº: | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | Nº FF:

NOME: | SEXO: | M | F

ENDEREÇO: (RUA, AV.) | **Nº:**

BAIRRO: | CEP: | CIDADE: | FONE: | FONE / RECADO:

DATA DE NASCIMENTO: | IDADE: | LOCAL DE NASCIMENTO/UF: | ESCOLARIDADE:

NOME DA MÃE:

ENCAMINHADO POR:

2- OCUPAÇÃO ATUAL (OU ÚLTIMA)

EMPRESA EMPREGADORA: | CNPJ:

ENDEREÇO:

BAIRRO: | MUNICÍPIO: | FONE:

RAMO DE ATIVIDADE DA EMPRESA: | TEMPO DA EMPRESA:

FUNÇÃO ATUAL: | TEMPO NA FUNÇÃO: | FUNÇÕES ANTERIORES E TEMPO:

EMPRESA TOMADORA: | CNPJ:

ENDEREÇO:

BAIRRO: | MUNICÍPIO: | FONE:

RAMO DE ATIVIDADE DA EMPRESA: | TEMPO DA EMPRESA:

FUNÇÃO ATUAL: | TEMPO NA FUNÇÃO: | FUNÇÕES ANTERIORES E TEMPO:

3- SITUAÇÃO OCUPACIONAL

| | EMPREGADO C/ REGISTRO | EMPREGADO S/ REGISTRO | DESEMPREGADO | INATIVO | AUTÔNOMO | EMPRESÁRIO | OUTROS

DATA: _____

4- AFASTAMENTO DO TRABALHO

| | SEM AFASTAMENTO | AFASTAMENTO MENOR OU IGUAL A 15 DIAS | AFASTAMENTO SUPERIOR A 15 DIAS

DATA: _____

5- SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

| | SEM VÍNCULO C/ A PREVIDÊNCIA | AUXÍLIO ACIDENTE (50%) | AUXÍLIO DOENÇA ACIDENTÁRIO (B 91) | APOSENTADORIA | AUXÍLIO DOENÇA (B 31) | OUTROS

DATA: _____

6- HISTÓRIA OCUPACIONAL

EMPRESA	RAMO	FUNÇÃO	TEMPO

7- DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO (INCLUINDO RISCOS FÍSICOS)

RISCOS FÍSICOS	RUÍDO, ILUMINAÇÃO, TEMPERATURA, UMIDADE, VENTILAÇÃO, VIBRAÇÃO, RADIAÇÃO, ETC.
RISCOS QUÍMICOS	GASES, VAPORES, POEIRAS, FUMOS, FLUÍDOS, ETC.
RISCOS BIOLÓGICOS	DEJETOS ORGÂNICOS, INSETOS, ESGOTOS, ETC.
RISCOS MECÂNICOS E SEGURANÇA	MOVIMENTOS, ESFORÇOS, POSTURAS, PROTEÇÃO DE MÁQUINAS, ETC.
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E ERGONOMIA	RITMO, JORNADA, TURNOS, PRÊMIOS, PAUSAS, CONFORTO, ETC.

8- HISTÓRIA CLÍNICA

ANTECEDENTES PESSOAIS: (INCLUSIVE ACIDENTES DE TRABALHO E ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS)

9-EXAME FÍSICO

PESO: _____ **KG** **PRESSÃO ARTERIAL:** _____ **mmHg**

ALTURA: _____ **M** **FREQ. CARDÍACA:** _____ **b.p.m.**

10-RESULTADO DE EXAMES COMPLEMENTARES:

11-HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

12-CONDUTA:

MÉDICO DE ATENDIMENTO: