

Treinamento de Tempo Integral em Caacupé
QUESTIONÁRIO MÉDICO DO TREINANDO
CONFIDENCIAL

Nome		Idade		Data nascimento	
A igreja que envia		Telefone			
Nacionalidade		Email			

*É necessário fazer um teste de tuberculose que não seja de mais de seis meses **antes** de começar o treinamento.*

- *Se julgar que alguma pergunta é muito pessoal, sinta-se livre de omiti-la e discuti-la com o representante de saúde.*
- ***Favor de dar detalhes as respostas que responda SIM, ou seja, que requer explicação. Use o espaço fornecido no final do formulário.***

1	Possui neste presente momento uma saúde estável e livre de doenças contagiosas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2	É alérgico a algum medicamento? Se for traga evidência médica.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3	Está tomando algum medicamento com frequência?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4	É alérgico a algum alimento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5	Tem alguma doença crônica?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6	Tem algum impedimento físico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7	Passou por alguma cirurgia alguma vez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8	Foi recomendado pelo médico algum análise ou tratamento que ainda não foi realizado, por exemplo: radiografias devido a uma tosse crônica, a uma possível operação ou a uma hérnia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9	Sofreu alguma vez destas doenças?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	a. úlceras gástricas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	b. tuberculose	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	c. hepatite A ou B, qual? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	d. doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	e. doença dos rins	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	f. câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	g. pressão alta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	h. crise nervosa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	i. epilepsia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	j. asma	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	k. outra doença séria	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10	Alguma vez foi hospitalizado por doença física?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11	Alguma vez foi hospitalizado por doença mental?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
12	Alguma vez ficou sob cuidado psiquiátrico ou foi recomendado visitar a um psiquiatra?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
13	Tem dificuldade para manter-se dormindo na noite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
14	Acorda a noite e tem dificuldade em voltar a dormir?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
15	Tem temores pouco comuns (tais como claustrofobia)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
16	Tem dificuldade em adaptar-se a novas situações?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
17	Já sofreu de ataque de ansiedade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

18	Já sofreu de enxaqueca?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19	Usou algumas das seguintes substâncias nos últimos três anos?: <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco (Si é afirmativa, indique por quanto tempo e a quantidade de cigarros consumia diariamente) • Álcool (Si é afirmativa, indique por quanto tempo e com quanta frequência na semana) • Drogas que formem hábito (Si é afirmativa, indique por quanto tempo e com quanta frequência na semana) 	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20	Foi feito um teste físico nos últimos três anos? Se foi feito, dê a data, a razão e os resultados:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21	Tirou alguma radiografia do tórax nos últimos três anos? Se sim, dê a data, a razão e os resultados:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
22	Teve tosse por mais de três semanas, ou “escarro” com sangue?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23	Quantas vezes no ano você adoecer com catarro? Menos de 3 ____ 3 ou mais ____	
24	Teve alguma mudança recente de peso de dois quilos ou mais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
25	Alguma vez foi diagnosticado por um médico com alguma desordem no comer? Qual? Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26	Quando foi sua última visita ao dentista? Quais foram as recomendações dadas? Data: _____ Recomendação: _____	
27	Foi recomendado pelo dentista fazer algum tratamento dental e não fez ainda?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

REGISTRO DE VACINAS

<i>Vacina/Teste *</i>	<i>Data em que recebeu</i>		
Td		Deve ser de não mais de 10 anos	
Hepatite A	#1	#2	
Hepatite B	#1	#2	#3
TB na pele (PPD)	Data: Resultado:	Positivo? Data da radiografia do tórax:	Resultado da radiografia:
SRP	#1	#2	

* Se algumas das vacinas ou teste de TB na pele (PPD) não foi aplicada, favor de explicar a razão neste espaço:

INFORMAÇÃO ADICIONAL

28	Qual é a sua altura?	
29	Qual é o seu peso?	
30	¿Com qual mão escreve?	<input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda
31	Mediu sua pressão arterial nos últimos três anos? *Se é afirmativa, qual foi o resultado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32	A quem notificamos no caso de emergência: Nome: _____ Parentesco: _____ Endereço: _____ Telefone: _____	
33	Que tipo de cobertura de convênio médico tem ou buscaria ter que cubra situações de emergência (hospitalização) que possa surgir durante está no treinamento?	

IMPORTANTE: Use este espaço para dar detalhes de alguma destas perguntas. Primeiro anote o número da pergunta e logo escreva. Use outras folhas de papel se for necessário.

Assinatura: _____

Data: _____

INFORMAÇÃO MÉDICA

PARA OS QUE BUSCAM PARTICIPAR DO Treinamento de Tempo Integral em Caacupé

Para que uma solicitação seja considerada deve incluir o resultado da revisão médica para TB (veja o diagrama na próxima página). Devido a que os treinandos estão em contato prolongado uns com outros, é necessário que todos os candidatos façam esta revisão. A fim de poder participar do treinamento, o candidato tem que apresentar a evidencia de um teste de TB na pele com resultado negativo ou uma radiografia do tórax que tenha dado negativo. Favor de incluir esta informação em seu Questionário Médico.

Fazemos as seguintes recomendações já que é muito importante evitar doenças entre os treinandos, especialmente doenças contagiosas. E também evitar os gastos desnecessários que podem ocorrer. Os custos de cuidado médico podem ser muito caro, portanto recomendamos que faça o seguinte antes de chegar ao TTIC:

- 1) Tirar uma Radiografia do tórax ou fazer um **Teste de TB na pele** (veja o diagrama da seguinte página).
- 2) **Vacinar-se contra Hepatite A y B.**
- 3) Vacinar-se contra o Tétano/Difteria. (Tem de ao menos ter feito durante os últimos 10 anos).
- 4) Vacinar-se contra o Sarampo. (Deve fazê-lo duas vezes na vida).
- 5) Medir a Pressão arterial. (Feito este ano).
- 6) Tomar uma decisão sobre uma cobertura de convênio médico.

Leia a carta relacionada com os testes e vacinas recomendadas:

Os treinandos devem trazer o registro de vacinas, se é possível. Se tiver perguntas a respeito favor de escrever à oficina@etc-c.org. Obrigado.