



## FICHE MÉDICA

**COLÉGIO:**

**NOME COMPLETO:**

Telefone:

Naturalidade:

Idade:

Data de nascimento:

Convênio:

Tipo Sanguíneo:

Contato em Caso de Emergência – Pai ( ) Mãe ( ) outros ( )

Nome:

Telefone:

**Tem alergia a alguma Medicação?** Sim ( ) Não ( ).

Qual medicação \_\_\_\_\_

**Tem alergia alimentar?** Sim ( ) Não ( )

Qual alergia? \_\_\_\_\_

**Possui restrição alimentar?** Sim ( ) Não ( )

Qual restrição? \_\_\_\_\_

**Possui dieta especial?** Sim ( ) Não ( )

Qual dieta \_\_\_\_\_

**Faz tratamentos ou é portador de alguma doença?**

**Respiratória** - Sinusite ( ) Rinite ( ) Asma ( ) Bronquite ( ) Broncoespasmo ( )

Outros \_\_\_\_\_

**Digestivas** - Constipação ( ) Diarreia Crônica ( ) Gastrite ( ) Refluxo ( )

Outros \_\_\_\_\_

**Cardiológicas** - Insuficiência cardíaca ( ) Arritmias ( ) Desvio de séptico ventricular

Outros \_\_\_\_\_

**Neurológicas** - Autismo ( ) Síndromes genéticas ( ) TDAH - Déficit de atenção ( ) Epilepsia ( ) Convulsão ( )

Outros \_\_\_\_\_

**Psicológicas**-Depressão ( ) Compulsões alimentares ( ) Ansiedade ( ) Hiperatividade ( ) Alterações Psicóticas ( )

Outras \_\_\_\_\_

**Metabólicas**- Diabetes tipo 1 ( ) Tipo 2 ( ) Hipertensão ( ) Dislipidemia (colesterol ou Triglicerídeos altos ( )

Outros \_\_\_\_\_

**COLÉGIO:**

**NOME COMPLETO:**

**Faz uso de alguma medicação contínua para tratamento de alguma patologia?**

Qual medicação?

Quantas vezes ao dia fazem uso?

**Acha necessário fazer mais alguma recomendação relevante cite abaixo:**

---

---

### **Vacinas Calendário 2023**

**Todas as vacinas citadas foram administradas?**

1. BCG
2. Hepatite B
3. Penta
4. Pólio inativada
5. Pólio oral
6. Rotavírus
7. Pneumo 10
8. Meningo C
9. Febre amarela,
10. Tríplíce viral (sarampo, caxumba e rubéola)
11. Tetra viral (sarampo, caxumba e rubéola e varicela),
12. DTP,
13. Hepatite A,
14. Varicela,
15. Difteria e tétano adulto (dT)
16. Meningocócica ACWY
17. HPV Quadri Valente,
18. dTpa,
19. Influenza (está ofertada durante Campanha anual) e
20. Pneumocócica 23-valente (Pneumo 23)
- 21 - Covid 19- Pfizer, Janssen, CoronaVac e AstraZeneca.

Sim ( )

Não ( )

**Quais Vacinas não foram administradas de acordo com calendário citado acima ?**

---