

## FICHA 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 \_\_\_\_\_

**Faz uso de algum medicamento contínuo, ou está em tratamento medicamentoso?**

Qual medicamento?

Quantas vezes ao dia?

Gostaria que ministrássemos o medicamento? Se sim, nos informe os horários de uso e todas as informações referentes ao medicamento que ache relevante (horário, dosagem, etc):

---

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

---

**Vacinas Calendário 2024**

**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. Tríplice 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 24-valente (Pneumo 24)
- 21 - Covid 19- Pfizer, Janssen, CoronaVac e AstraZeneca.

Sim ( ) Não ( )

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

---

(assinatura de mãe, ou pai, ou responsável legal)