

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____

RG: _____ Função:/Setor _____

Med Coordenador PCMSO: _____ CRM _____

Med Encarregado do Exame: _____ CRM _____

TIPO DE EXAME

- Admissional Periódico Demissional
 Retorno ao Trabalho Mudança de Função

RISCOS

A) Físicos	B) Químicos	C) Biológicos	D) Ergonômicos	E) Outros
<input type="checkbox"/> Calor	<input type="checkbox"/> Fumos metálicos	<input type="checkbox"/> Bactérias	<input type="checkbox"/> Esforço físico intenso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frio	<input type="checkbox"/> Gases	<input type="checkbox"/> Fungos	<input type="checkbox"/> Levantamento peso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Radiações Ion.	<input type="checkbox"/> Hidrocarbonetos	<input type="checkbox"/> Parasitas	<input type="checkbox"/> Movimento repetitivo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Radiações Não-Ion.	<input type="checkbox"/> Neblinas	<input type="checkbox"/> Protozoários	<input type="checkbox"/> Postura inadequada	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ruídos	<input type="checkbox"/> Névoas	<input type="checkbox"/> Vírus	<input type="checkbox"/> Trabalho em turno	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Umidade	<input type="checkbox"/> Poeiras Minerais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vibrações	<input type="checkbox"/> Solventes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vapores Orgânicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumos Plásticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não existem riscos específicos para a função desempenhada				

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Acuidade visual Eletrocardiograma Glicemia PA _____ mmHg
 Anamnese Eletroencefalograma Hemograma Parasitológico
 Audiometria Espirometria Raio X (tórax) Urina

Observações quanto aos exames realizados:

CONCLUSÃO FINAL

Em cumprimento ao que determina a Norma Regulamentadora nº 7, (Texto dado pela Portaria SSST n.º 24, de 29 de dezembro de 1994 e alterações subsequentes) emito o parecer:

- APTO PARA A FUNÇÃO
 APTO COM RESTRIÇÃO PARA: _____
 APTO CLINICAMENTE, aguardando resultado de exames complementares
 INAPTO PARA A FUNÇÃO
 INAPTO TEMPORARIAMENTE, avaliação de especialidades _____

Observações: _____

Local _____/_____/_____

Ass. Médico do Trabalho

Ass. Paciente