

Ficha de Enfermagem

(Ficha de instruções e recomendações do Pai e/ou Responsável ao Colégio)

Ano letivo de 2018

O Colégio só poderá medicar mediante o receituário médico prescrito

1.0 - IDENTIFICAÇÃO:

- ✓ Nome: _____
- ✓ Data de nascimento: _____ Ano: _____ Turma: _____
- ✓ Período: () Manhã () Tarde
- ✓ Endereço: _____
Bairro: _____ Telefone(s): _____
- ✓ Com quem mora o aluno? () pais () pai () mãe () outros Quem: _____

2.0 - FILIAÇÃO:

- ✓ Mãe: _____ Profissão: _____
Telefone(s) de contato: _____
Empresa: _____
e-mail: _____
- ✓ Pai: _____ Profissão: _____
Telefone(s) de contato: _____
Empresa: _____
e-mail: _____
- ✓ Em caso de outros: _____ Profissão: _____
Telefone(s) de contato: _____
Empresa: _____
e-mail: _____

Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(a), quem deverá ser avisado?

Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone(s): _____

Tem algum Plano de Saúde? () Sim () Não

Qual? _____

Em caso de necessidade, o aluno deverá ser removido para qual hospital ou clínica?

Endereço: _____

Telefone: _____

3.0 - DADOS DE SAÚDE:

- ✓ Peso: _____ Altura: _____ Tipo sanguíneo: _____
- ✓ Possui algum destes problemas de saúde? () diabetes () convulsão () bronquite () rinite () enxaqueca () sinusite () coração () hipertensão Se outros, especificar: _____

- ✓ Faz uso de medicações? () Sim () Não
Quais? _____
- ✓ Já teve:
() catapora () sarampo () caxumba () rubéola () outros
Quais? _____
- ✓ É alérgico a algum tipo de medicamento tópico, oral ou injetável?
() Sim () Não Em caso afirmativo, qual ou quais? _____
- ✓ Está ingerindo medicação específica? () Sim () Não
Qual? _____
- ✓ Vacinação:
() completa para a idade () incompleta para a idade
Especifique: _____
- ✓ Faz uso de homeopatia ou alopatia? _____
- ✓ É epilético? () Sim () Não
Em caso afirmativo, está em tratamento? () Sim () Não
- ✓ É hemofílico? () Sim () Não
- ✓ É deficiente visual? () Sim () Não
- ✓ É deficiente físico? () Sim () Não
- ✓ É diabético? () Sim () Não
Em caso afirmativo, é dependente de insulina? () Sim () Não
- ✓ É asmático? () Sim () Não
- ✓ Está fazendo algum tipo de tratamento médico? () Sim () Não
Em caso afirmativo, qual? _____
- ✓ O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial? () Sim () Não
Qual? _____
- ✓ Seu(sua) filho(a) já sofreu alguma fratura? () Sim () Não
Se sim, onde: _____

4.0 – O(A) aluno(a) apresenta algum problema que o impossibilite de praticar atividades físicas? Em caso afirmativo, o aluno deverá trazer um atestado médico.

- () Sim Especificar: _____
- () Não _____

5.0 – Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais e/ou responsáveis pelo(a) aluno(a), qual ANTITÉRMICO ou ANALGÉSICO, deverá ser ministrado? Vale ressaltar que o mesmo só será ministrado, mediante a apresentação do receituário médico.

6.0 – OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES:

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha, deverão ser imediatamente comunicadas à Enfermaria.
- ✓ As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Responsável