

Ficha de Enfermagem

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

Ano letivo de 2019

O Colégio só poderá medicar mediante o receituário médico prescrito

1. 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. FILIAÇÃO:

Mãe: _____ Profissão: _____

Telefone(s) de contato _____

Empresa: _____

E-mail: _____

Pai: _____ Profissão: _____

Telefone(s) de contato _____

Empresa: _____

E-mail: _____

Em caso de outros contatos: _____ 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) de contato: _____

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

Qual? _____

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

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

3. 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

Quais? _____

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: _____

Seu(sua) filho(a) vem para o Colégio de que forma?

() a pé, sozinho () alguém sempre vem trazê-lo () de ônibus e sozinho

() com transporte escolar

4. OUTRAS INFORMAÇÕES:

O(A) aluno(a) apresenta algum problema que o impossibilite de praticar atividades físicas?

() Sim () Não

Especificar: _____

Em caso afirmativo, o aluno deverá trazer um atestado médico.

Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais e/ou responsáveis pelo(a) aluno(a), qual ANTITÉRMICO e/ou ANALGÉSICO, deverá ser ministrado (somente com receituário médico)?

5. OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES:

OBSERVAÇÕES:

Quaisquer alterações ocorridas nos dados contidos nesta ficha deverão ser imediatamente comunicadas ao Colégio.

As informações contidas nesta ficha são de inteira responsabilidade dos pais e/ou responsáveis que as prestaram.

Bauru, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura e R.G. do Responsável