

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 receituário médico prescrito

Etapa/Série/Ano – 2019: _____

Curso: () Educação Infantil () Ensino Fundamental () Ensino Médio

1. IDENTIFICAÇÃO:

- ✓ Nome: _____
- ✓ Data de nascimento: _____ Cidade: _____ Estado: _____
- ✓ Período: () Manhã () Tarde
- ✓ Endereço: _____
Bairro: _____ Telefone Residencial: _____
- ✓ 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: _____ 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, seu(sua) filho(a) deverá ser removido para qual hospital ou clínica?

Endereço: _____

Telefone(s): _____

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 medicação(ções)? () Sim () Não

- Qual/ Quais? _____
- ✓ Já teve:
() catapora () sarampo () caxumba () rubéola () outros
Qual/Quais? _____
- ✓ É alérgico a algum tipo de medicamento tópico, oral ou injetável?
() Sim () Não Em caso afirmativo, qual ou quais? _____
- ✓ Está ingerindo medicação(ções) específica(s)? () Sim () Não
Qual/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? _____
- ✓ Possui alguma necessidade especial? () Sim () Não
Qual? _____
- ✓ Já sofreu alguma fratura? () Sim () Não
Se sim, onde: _____
- ✓ De que forma seu(sua) filho(a) vem para o Colégio?
() a pé, sozinho(a) () alguém sempre vem trazê-lo(a) () de ônibus e sozinho(a)
() com transporte escolar

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

- () Sim Especificar: _____
() Não _____

5. Observações do Colégio:

- ✓ 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.
- ✓ Vale informá-los que o **atestado médico tem validade por um mês**. Caso necessite tomar algum medicamento, o mesmo deverá ser enviado pelo Pai e/ou Responsável.
- ✓ O Colégio não pode administrar nenhum medicamento, conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A Resolução é taxativa e determina que é **proibido** aos profissionais de Enfermagem prescrever medicamentos. O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) em seu Código de Ética dos Profissionais, artigo 31, acompanha a Resolução do COFEN, ou seja, mantém a proibição.
- ✓ Caso seja constatado estado febril ou outro sintoma de alteração no(a) aluno(a) e não haja receituário, a Enfermeira entrará em contato imediatamente com o responsável.

6. Outras informações e/ou observações dos Pais e/ou Responsáveis:

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Pai e/ou Responsável