

## Questionário para a anamnese - adultos

(em caso afirmativo marcar com cruz e entregar ao médico!)

Dados pessoais, incluindo número de identificação da Autoridade Central de Estrangeiros (ZAB):

Data: .....

Sexo:            masculino             feminino             nacionalidade: .....            gravidez: ..... mês  
pessoa individual             família

- 
- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está doente?                                     | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 2. Toma medicamentos?                               | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 3. Está vacinado contra doenças?                    | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 4. Realizou-se um teste de pele de tuberculose?     | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 5. Tem ou tinha uma doença contagiosa?              | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Hepatite?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| HIV?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Varicelas?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Sarampo?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Rubéola?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Difteria?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Sífilis?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Outras doenças venéreas?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Febre tifóide (tifo), febre paratifóide (paratifo)? | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Cólera?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 6. Tem dores?                                       | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 7. Tem ou tinha febre nos últimos seis semanas?     | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 8. Tem tosse forte?                                 | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 9. Tem náuseas, vomitos?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 10. Tem câibras abdominais ou diarreia?             | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 11. Tem sangue nas fezes?                           | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 12. Tem dor ao urinar?                              | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 13. Tem erupção cutânea?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |

.....  
assinatura

Observação pelo médico:

.....  
assinatura médico

## Questionário para a anamnese - crianças

(em caso afirmativo marcar com cruz e entregar ao médico!)

Dados pessoais, incluindo número de identificação da Autoridade Central de Estrangeiros (ZAB):

Data: .....

Sexo:      masculino       feminino       nacionalidade: .....      idade: .....

---

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. A sua criança está doente?                                     | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 2. A sua criança toma medicamentos?                               | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 3. A sua criança está vacinado contra doenças?                    | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 4. Realizou-se um teste de pele de tuberculose com a sua criança? | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 5. A sua criança tem ou tinha uma doença contagiosa?              | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Hepatite?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Varicelas?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Papeira?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Sarampo?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Rubéola?  | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| Difteria?   | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 6. A sua criança tem dores?                                       | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 7. A sua criança tem febre?                                       | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 8. A sua criança tem tosse forte?                                 | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 9. A sua criança tem náuseas, vomitos?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 10. A sua criança tem câibras abdominais ou diarreia?             | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| 11. A sua criança tem erupção cutânea?                            | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |

.....  
assinatura

Observação pelo médico:

.....  
assinatura médico