

Ficha Ambulatorial do Estudante

OBSERVAÇÃO: TRAZER CÓPIA DO CARTÃO DO SUS E DO CARTÃO DE VACINA (PREFERENCIALMENTE FOTOCÓPIA COLORIDA)

Nome: _____

Curso: _____

Ano: _____ Turma: _____ Ano: _____ Turma: _____ Ano: _____ Turma: _____

Ano: _____ Turma: _____ Ano: _____ Turma: _____

Data de Nascimento: _____ Celular: _____

Nome e telefone para contato em emergências: _____

Convênio de Saúde: _____

Cidade de origem do aluno: _____

Local de residência em SJE: _____

Já foi ao Psiquiatra? () Não () Sim **(trazer relatório)**

Já foi ao Psicólogo? () Não () Sim **(trazer relatório)**

Faz tratamento médico () Não () Sim Qual? _____

Já ficou internado por período prolongado? () Não () Sim

Faz uso de medicamento diariamente? () Não () Sim Qual? _____

É beneficiário de Auxílio Doença? () Não () Sim

Possui alguma alergia? () Não () Sim Qual? _____

Você teve ou tem:

Ansiedade? () Sim () Não

Síndrome do pânico? () Sim () Não

Depressão? () Sim () Não

Bipolaridade? () Sim () Não

Algum parente teve ou tem alguma das doenças citadas? () Sim () Não

Qual o parentesco? _____

Já teve:

Convulsões? () Sim () Não

Desmaios? () Sim () Não

Falta de ar? () Sim () Não

Possui alguma das necessidades específicas listadas abaixo? **Se sim, trazer laudo ou relatório médico.**

() Autismo (Transtorno do Espectro Autista)

() Cegueira

() Baixa visão (acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica)

() Deficiência auditiva/surdez

() Deficiência física

() Dislexia

() Surdocegueira

() TDAH(Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade)

() Altas habilidades/superdotação

() Outra(s): _____

AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA (APENAS PARA AS MULHERES)

Com qual idade teve a primeira menstruação? _____

Já foi alguma vez ao ginecologista? () Sim () Não

Já teve alguma infecção ou doença ginecológica? () Sim () Não

O aluno trará os seguintes documentos que estão faltando para anexar ao questionário no máximo até a segunda semana letiva:

Data do Preenchimento do questionário: ____/____/____

Nome do responsável pelo preenchimento do Questionário (aluno maior de idade ou responsável legal do aluno menor de idade):

Assinatura do aluno maior de idade ou responsável legal do aluno menor de idade

Informações Adicionais:

ATENDIMENTO AMBULATORIO MÉDICO