

**DOENÇAS DE VIAS AÉREAS SUPERIORES RELACIONADAS COM O
TRABALHO
*DIRETRIZES DE ATENDIMENTO ***

IDENTIFICAÇÃO

Data: / / Nº Registro: Tipo de exame:
Nome: _____
Documento: _____ Idade: _____ Data Nascimento: ____/____/____
Sexo: _____ Raça: _____ Estado civil _____
Endereço: _____ Telefone _____
Profissão: _____ Estado empregatício atual _____
Encaminhado por: _____
Motivo do exame: _____

ANAMNESE

Queixas principais:

História da Moléstia Atual:

- () Obstrução Nasal _____
- () Rinorréia _____
- () Prurido _____
- () Espirros _____
- () Epistaxe _____
- () Dor _____

Sintomas Complementares:

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| () Pigarro | () Otagia |
| () Dor de Garganta | () Plenitude Auricular |
| () Odínofagia | () Hipoacusia |
| () Disfonia | () Otorréia |
| () Tosse | () Prurido Auricular |
| () Estridor | () Acúfenos |
| () Falta de Ar | () Tonturas |

Antecedentes Pessoais:

- Asma
 - Pneumonia
 - Dermatites
 - Alergias
 - HAS
 - Dça. Auto-Imune
 - Dça. Hormonal
 - Dça. Metabólica
 - Cirurgias
 - Traumatismos
 - Tratamentos
 - Internações
- Outros: _____
- _____
- _____

Comentários: _____

Antecedentes Familiares:

- Alergias
 - Auto-Imunes
 - Tumores
- Outros: _____

Hábitos:

- Ingestão: Gelados Café Refrigerantes
- Tabagismo Nega Atual Pgresso Anos/maço
- Etilismo Nega Atual Pgresso
- Drogas
- Esportes Lazer Viagens

Histórico Ocupacional atual:

- Ambiente: Amplo Restrito Aberto Fechado Externo
- Ventilação
 - Poluição
 - Exaustão
 - Ar Condicionado
 - Frio
 - Quente

Organização: Turnos - Fixo Diurno Fixo Noturno Outro _____

Horas / Jornada: _____ Intervalos: _____

- Equipamentos de Segurança: Coletivos Individuais
- Orientação
 - Fiscalização

Piora dos Sintomas no Ambiente de Trabalho? _____

Piora dos Sintomas em Outros Ambientes? _____

Outros Trabalhadores com os mesmos Sintomas? _____

Enumerar os produtos com que trabalha: _____

Empregos anteriores:

Empresa	Período	Função	Setor	Produtos	Proteção

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro serem verdadeiras as informações acima, responsabilizando-me por elas e autorizo sua utilização, para fins de documentação científica e ações médico-legais.

Assinatura do(a) examinando(a)

Exame físico:

ORL: - Otoscopia: _____
- Rinoscopia Anterior: _____
- Orofaringoscopia: _____
- Nasofibrolaringoscopia: _____

- Peak-Flow: _____

IMAGEM:

- CT: _____
- RNM: _____
- Raio X: _____
- US: _____

LABORATORIAIS:

OUTROS:

Impressões Do Examinador: _____

Informações Consistentes ? () Sim () Não

Comentários e Dados Adicionais: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Conclusão: