

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

AEP * Grupo 173

NOME: _____	IDADE: _____
-------------	--------------

ANTECEDENTES DE SAÚDE (assinalar com uma cruz (x))

<input type="checkbox"/> Bronquite	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> Dores de ouvidos	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Doenças renais
<input type="checkbox"/> Doenças da pele	<input type="checkbox"/> Dificuldades de visão	<input type="checkbox"/> Dificuldades de audição
<input type="checkbox"/> Doenças do coração	<input type="checkbox"/> Doenças ósseas	<input type="checkbox"/> Doenças de sangue
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Papeira	<input type="checkbox"/> Eczema
<input type="checkbox"/> Urticária	<input type="checkbox"/> Sarampo	<input type="checkbox"/> Varíola

Outras _____

Está neste momento a ser tratado de alguma doença. Qual? _____

Está a tomar algum medicamento. Especifique: _____

Teve alguma doença que tenha deixado marca. Especifique: _____

1. A criança / jovem encontra-se em condições físicas e mentais, que lhe permitam frequentar, sem inconvenientes a prática do Escotismo? _____

2. Tem alguma doença de diminuição física que careça de apoio especial para:

Higiene Pessoal Sim Não

Locomoção Sim Não

Outra: _____

3. Sofre de doenças infecto-contagiosa? _____

4. Tem alergias a medicamentos? Sim Não Qual? _____

5. Tem alergias a alimentos? Sim Não Qual? _____

6. Outras informações que julgue importante mencionar: _____

7. Vacinas em dia: Sim Não

Muito obrigada.

Data: ____ / ____ / ____

Nota: Estas informações são estritamente confidenciais e destinam-se ao ficheiro individual do jovem.