



# JARDIM INFÂNCIA D. JOSÉ DA COSTA NUNES

## Questionário de Saúde dos Alunos

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Sexo: M/F

Grupo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Por favor complete o quadro que se segue colocando um “✓” nas colunas do “Sim” ou “Não”, preenchendo também a coluna dos “Detalhes” quando considerar necessário.

Item	Sim	Não	Detalhes
1. A criança já esteve internada no hospital para tratamento médico, checkup ou operação (antecedentes cirúrgicos e hospitalização)?			
2. A criança está a tomar alguma medicação ou está a seguir algum tratamento médico contínuo?			
3. A criança já foi submetida a alguma transfusão de sangue?			
4. A criança já teve alguma doença de infância como o sarampo, varicella, papeira, etc?			
5. A criança alguma vez teve alguma das seguintes doenças:			
A. Doenças do sistema cardiovascular			
1) Dores no peito (especialmente quando faz esforço)			
2) Tensão alta			
3) Arritmia			
4) Sopros cardíaco infantil			

Item	Sim	Não	Detalhes
B. Doenças do sistema respiratório			
1) Apneia			
2) Asma			
3) Respiração irregular			
4) Bronquite			
5) Enfisema pulmonar			
C. Doenças do sistema nervoso			
1) Epilepsia			
2) Poliomielite			
D. Doenças do sistema endócrino			
1) Diabetes			
2) Tiróide			
E. Doenças do sistema digestivo			
1) Estômago (ulcera), pâncreas, intestinos, vesícula biliar, fígado			
2) Hérnia			
F. Doenças do sistema geniturinário			
1) Rins, ureteres, bexiga, uretra			
2) Infecção do tracto urinário			

Item	Sim	Não	Detalhes
G. Doenças musculares e ósseas			
1) Reumatismo, artrite			
2) Fracturas			
H. Doenças auto-imunes (por favor especificar)			
I. Doenças sanguíneas (por favor especificar)			
J. Paralisia, surdez, cegueira			
K. Necessidades especiais (mental ou emocional) que necessite de tratamento			
L. Doença genética (ex.: G6PD, Trisomia 21, etc)			
6. Já sofreu de alguma doença crónica ou foi ferido severamente em algum acidente para além dos itens mencionados anteriormente?			
7. É alérgico a algum alimento ou medicamento?			
8. A criança tem outro tipo de doença que não esteja referida acima? Por favor especifique.			

Eu abaixo assinado, certifico que todas as informações dadas são verdadeiras.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pai/Mãe/Encarregado de Educação: \_\_\_\_\_