

FORMULÁRIO DE ENFERMAGEM - ANO 2022

O COLÉGIO SÓ PODERÁ MEDICAR MEDIANTE RECEITUÁRIO MÉDICO PRESCRITO.

DADOS DO ALUNO

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Ano/Série: _____ Turma: _____
Período: () Manhã () Tarde Fone: _____ Celular: _____
Rua: _____
Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

DADOS DA MÃE

Nome: _____
Fone: _____ Celular: _____
Profissão: _____ Empresa: _____
E-mail: _____

DADOS DO PAI

Nome: _____
Fone: _____ Celular: _____
Profissão: _____ Empresa: _____
E-mail: _____

DADOS DO RESPONSÁVEL (CASO NÃO SEJA PAI/MÃE)

Nome: _____
Fone: _____ Celular: _____
Profissão: _____ Empresa: _____
E-mail: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA, NÃO SENDO LOCALIZADOS OS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO(A) ALUNO(A), QUEM DEVERÁ SER AVISADO?

Nome: _____
Parentesco: _____ Telefone: _____

DADOS DE SAÚDE DO ALUNO

Peso: _____ Altura: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Possui algum destes problemas de saúde?

() Diabetes () Convulsão () Bronquite () Rinite () Enxaqueca
() Sinusite () Coração () Hipertensão

Se outros, especificar: _____

Faz uso de medicações? () Sim () Não

Quais? _____

Já teve alguma dessas doenças:

() Catapora () Sarampo () Caxumba () Rubéola () Outras

Quais? _____

É alérgico a algum tipo de medicamento tóxico, oral ou injetável? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

É alérgico a algum tipo de alimento? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

Está ingerindo medicação específica? () Sim () Não

Quais? _____

Vacinação: () Completa para a idade () Incompleta para a idade

Especifique _____

Foi vacinado para gripe (Influenza e H1N1) no ano de 2021? () Sim () Não

Já testou positivo para a Covid-19? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual a data da realização do teste? _____

Faz parte do grupo de risco para a Covid-19? () Sim () Não

Faz uso de homeopatia ou alopatia? () Homeopatia () Alopatria

É epilético? () Sim () Não

Em caso afirmativo, está em tratamento? () Sim () Não

É hemofílico? () Sim () Não

É deficiente visual? () Sim () Não

É deficiente físico? () Sim () Não

É diabético? () Sim () Não

Em caso afirmativo, é dependente de insulina? () Sim () Não

É asmático? () Sim () Não

Está fazendo algum tipo de tratamento médico? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial? () Sim () Não

Em caso afirmativo, qual ou quais? _____

Seu(sua) filho(a) já sofreu alguma fratura? () Sim () Não

Se sim, onde? _____

Seu(sua) filho(a) vem para o Colégio de que forma?

() A pé, sozinho () Alguém sempre vem trazê-lo () De ônibus e sozinho () Com transporte escolar

OUTRAS INFORMAÇÕES

O(A) aluno(a) apresenta algum problema que o impossibilite de praticar atividades físicas? () Sim () Não

Especifique _____

Em caso afirmativo, o aluno deverá trazer um **atestado médico**.

INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES:

Vale informá-los que o **atestado médico tem validade por um mês**. Caso necessite tomar algum medicamento, o mesmo deverá ser enviado pelo Pai e/ou Responsável.

O Colégio não pode ministrar nenhum medicamento, conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. A Resolução é taxativa e determina que é **proibido** aos profissionais de Enfermagem prescrever medicamentos. O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) em seu Código de Ética dos Profissionais, artigo 31, acompanha a Resolução do COFEN, ou seja, mantém a proibição.

Caso seja constatado estado febril ou outro sintoma de alteração no(a) aluno(a) e não haja receituário, a Enfermeira entrará em contato imediatamente com o responsável.

Se o(a) aluno(a) estiver fazendo uso de medicamento, o responsável deverá trazê-lo, juntamente, com o receituário médico atualizado.

OUTRAS INFORMAÇÕES E/OU OBSERVAÇÕES:

IMPORTANTE: QUAISQUER ALTERAÇÕES OCORRIDAS NOS DADOS CONTIDOS NESTA FICHA DEVERÃO SER IMEDIATAMENTE COMUNICADAS AO COLÉGIO. AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA FICHA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS QUE AS PRESTARAM.

São Paulo, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

R.G. DO RESPONSÁVEL