

**ANEXO 6: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE – BAIRRO MANSÕES
SANTO ANTONIO**

1 - Nome do Profissional Responsável pelo Preenchimento:

2 - Data: ___/___/___

3 - Local de preenchimento/atendimento: _____

Dados do Caso/Paciente

4 - Nome: _____

5 - Data de Nascimento: ___/___/___ 6 - Idade: ___ 7 - Sexo: ()F ()M

8 - Raça/Cor: _____ 9 - Escolaridade: _____

10 - Naturalidade/UF: _____

11 - Prontuário na Unidade Básica de Saúde (UBS): _____

12 - Nome da UBS: _____ 13 - Código da UBS: _____

14 - Cartão SUS: _____

15 - Nome da Mãe: _____

16 - Tem plano de saúde: ()sim ()não Qual? _____

Dados de Residência Atual

17 - Logradouro: _____

Nº: _____ Complemento.: _____

18 - Bairro: _____ 19 - Município: _____

20 - CEP: _____ 21 - Zona: _____

22 - Ponto de Referência: _____

23 - Telefone: () _____ 24 - Celular: () _____

Histórico da Exposição Ambiental na Área Contaminada
Período 1973 a 2002

Informações Sobre a Moradia na Área

25 - Reside na área S() N() 26 - Período: de _____ a _____

27 - Residiu na área S() N() 28 - Período: de _____ a _____

29 - Logradouro quando residiu na área: _____

No. _____ Complemento: _____ Bairro Mansões Santo Antonio

Dados de Contato/Uso do Solo (1973 a 2002)

30 - Teve contato direto com o solo? () sim () não () ignorado

Caso a resposta seja “não” ou “ignorado” passar para a questão 33.

31 - Qual tipo de contato teve com o solo?

() plantação de subsistência e/ou comercial

() outra atividade laboral () recreação

() outros: _____

32 - Durante quanto tempo manipulou o solo? _____ anos/meses

Dados de Contato/Uso da Água

33 - Qual a procedência da água utilizada para o consumo humano até 2002?

() poço () nascente () Sanasa

() Outros: _____

34 - Especifique o uso da água na sua moradia até 2002:

() beber () banho () cozinhar () limpeza

() criação de peixes () piscina () irrigação de hortas e/ou jardins

35 - Utiliza-se atualmente de água de poço ou nascente?

() sim () não () ignorado

36 - Se sim, especifique:

() beber () banho () cozinhar () limpeza

() criação de peixes () piscina () irrigação de hortas e/ou jardins

Dados Sobre Exposições a Materiais ou Resíduos da PROQUIMA

37 - Teve acesso a algum material / resíduo oriundo da PROQUIMA (tambores, resíduos industriais, solventes recuperados ou não, outros produtos produzidos pela empresa)? () sim () não () ignorado

Se sim, responder:

38 - Utilizou-se para o fazer que? _____

39 - Utilizou-se durante quanto tempo? _____

Dados Sobre Exposições Domésticas Outras

40 - Faz uso de produtos químicos/contaminantes de uso domiciliar?

() sim () não

41 - Especifique as exposições no domicílio:

Dedetização () sim () não () ignorado

Inseticidas () sim () não () ignorado

Domissanitários () sim () não () ignorado

Quais: _____

Agrotóxico para jardins: () sim () não () ignorado

Outros () sim () não () ignorado

Anamnese Ocupacional Básica (inclusive na infância e adolescência)

	Nome da Empresa Local de Trabalho	Atividade Econômica da Empresa	Cargo e Função	Período de Trabalho (Início e Término)	Exposição a Contaminantes*
42					
43					
44					
45					
46					
47					

* Liste todas as substâncias químicas, poeiras, fibras, fumos metálicos, radiação, agentes biológicos e agentes físicos (ruído, vibração, calor extremo e frio) que você esteve exposto nas suas atividades de trabalho.

Investigação Clínica

Interrogatório Complementar/Sinais e Sintomas Gerais e Específicos

48	Gerais ()	(1) Sim	(2) Não	(9) Ignorado
49	Emagrecimento	()	53	Fadiga ()
50	Mal-estar geral	()	54	Adinamia ()
51	Irritação ocular	()	55	Outros ()
52	Inapetência	()		

56	Neurológicos ()	(1) Sim	(2) Não	(9) Ignorado
57	Tremores	()	71	Perda de força muscular ()
58	Perda de habilidade motora	()	72	Paralisia MMSS ()
59	Paralisia MMII	()	73	Parestesia ()
60	Perda de sensibilidade em extremidades	()	74	Tontura e/ou Vertigens ()
61	Irritabilidade	()	75	Dormência ()
62	Agressividade	()	76	Delírio ()
63	Cefaléia	()	77	Zumbidos ()
64	Depressão	()	78	Ansiedade ()
65	Insônia	()	79	Problemas olfativos ()
66	Problemas auditivos	()	80	Déficit cognitivo ()
67	Demência	()	81	Perda de consciência ()
68	Diminuição do campo visual	()	82	Diminuição de memória ()
69	Dificuldade de concentração	()	83	Outros ()
70	Convulsões	()		

84	Digestivos ()	(1) Sim	(2) Não	(9) Ignorado	
85	Náuseas	()	88	Epigastria	()
86	Diarréia	()	89	Outros	()
87	Vômitos	()			

90	Hepáticos ()	(1) Sim	(2) Não	(9) Ignorado	
91	Icterícia	()	94	Intolerância à gorduras	()
92	Dor em hipocôndrio direito	()	95	Outros	()
93	Aumento volume abdominal	()			

96	Renais ()	(1) Sim	(2) Não	(9) Ignorado	
97	Edema	()	100	Polaciúria	()
98	Urina espumosa	()	101	Disúria	()
99	Hematúria	()	102	Outros	()

103	Cardiovasculares ()	(1) Sim	(2) Não	(9) Ignorado	
104	Taquicardia	()	108	Hipertensão arterial	()
105	Dispnéia de esforço	()	109	Síncope	()
106	Bradycardia	()	110	Outros	()
107	Arritmia	()			

111	Hematológicos ()	(1) Sim	(2) Não	(9) Ignorado	
112	Infecção de repetição	()	114	Hemorragias	()
113	Hematomas	()	115	Outros	()

116	Endócrinos ()	(1) Sim	(2) Não	(9) Ignorado	
117	Aumento da Tireóide	()	121	Exoftalmia	()
118	Ginecomastia	()	122	Galactorréia	()
119	Virilização	()	123	Hirsutismo	()
120	Fácies Cushingóide	()	124	Outros	()

125	Respiratórios () (1) Sim (2) Não (9) Ignorado				
126	Tosse	()	129	Dispnéia	()
127	Dor Torácica	()	130	Broncorréia	()
128	Sibilância	()	131	Outros	()

Vida Reprodutiva Feminina

- 132 - Menarca: _____ anos 133 - Data da Última Menstruação: ___/___/___
- 134 - Ciclo regular () 135 - Ciclo regular a cada _____ dias
- 136 - Fluxo: durante _____ dias
- 137 - Gestações: _____ 138 - Partos: _____
- 139 - Abortamentos: _____ 140 - Cesáreas: _____
- 141 - Filhos vivos: _____ 142 - Filhos mortos: _____
- 143 - Filho com malformação congênita () 144 - Qual? _____
- 145 - Filho com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor ()
- 146 - Menopausa: _____ anos
- 147 - Método Anticoncepcional () 148 - Se sim, qual? _____
- 149 - Alteração da libido: () 150 - Diminuição da fertilidade ()
- 151 - Disfunção sexual: ()
- 152 - Outros: () 153 - Se sim, qual? _____

Vida Reprodutiva Masculina

- 154 - Abortamentos: ()
- 155 - Filho com malformação congênita () 156 - Qual? _____
- 157 - Filho com Retardo no desenvolvimento neuropsicomotor ()
- 158 - Alteração da libido: () 159 - Diminuição da fertilidade ()
- 160 - Disfunção sexual: ()
- 161 - Outros: () 162 - Se sim, qual? _____

Hábitos de Vida

- 163 - Tabagismo () 164 - Cigarros/dia: _____ 165 - Há quanto tempo?: ____
166 - Etilismo () 167 - Qual? _____ 168 - Há quanto tempo?: ____
169 - Drogadição () 170 - Qual? _____ 171 - Há quanto tempo?: ____
172 - Outros () 173 - Qual? _____

Antecedentes Pessoais

- 174 - *Diabetes Melitus* () 175 - HAS ()
176 - Doenças hepáticas () 177 - Se sim, qual? _____
178 - Disfunção Tireoideana () 179 - Ginecomastia ()
180 - Internação/cirurgia anterior () 181 - Se sim, qual? _____
182 - Câncer () 183 - Se sim, qual? _____
184 - Nefropatia ()
185 - Mioma/fibroma () 186 - Cardiopatias ()
187 - Discrasias sanguíneas () 188 - Convulsões ()
189 - Alterações de comportamento () 190 - Se sim, qual? _____
191 - Doenças pulmonares () 192 - Se sim, qual? _____
193 - Alergias () 194 - Se sim, qual? _____
195 - Doenças osteomusculares () 196 - Se sim, qual? _____
197 - Alterações sistema imunológico () 198 - Se sim, qual? _____
199 - Outro () 200 - Se sim, qual? _____

Antecedentes Familiares

- 201 - Diabetes Melitus: Sim () Não ()
Parentesco: Mãe () Pai () Irmão() Outros()
202 - Câncer: Sim () Não () Qual? _____
Parentesco: Mãe () Pai () Irmão() Outros()
203 - Doença na Tireóide: Sim () Não ()
Parentesco: Mãe () Pai () Irmão() Outros()
204 - Demência: Sim () Não ()
Parentesco: Mãe () Pai () Irmão() Outros()

205 - Faz uso de medicamento (uso continuado)? S() N()

Qual(is)? _____

206 - Já fez uso de medicamento (uso continuado)? S() N()

Qual(is)? _____

207 – Descrição Atual da Saúde

208 - Exame físico

Exames complementares

Registrar exames laboratoriais e de imagem, atuais e anteriores

209 - _____

210 - _____

211 - _____

212 - _____

213 - _____

Hipóteses diagnósticas

214 - _____

215 - _____

216 - _____

217 - _____

218 - _____

219 - Condutas
