

Esta ficha de saúde deve ser preenchida por todos os participantes, inclusive líderes e membros da equipe de staff, para participação em Programas Nacionais. Deve ser assinada pelos representantes legais (pais, tutores, representantes) e pelo médico habitual do participante com, no máximo, um mês de antecedência ao programa. Preencher no computador ou à mão com letra de fôrma legível. **A participação em programas do CISV Brasil está condicionada ao preenchimento e assinatura deste formulário e da "Ficha Legal".**

Dados do Participante			
Nome Completo			Nascimento
Participará no programa			Hospedado pelo Chapter
Período do programa			Celular Participante (DDD + número)
Nome do Pai			Nome da Mãe
Telefone Pai (DDD + número)			Telefone Mãe (DDD + número)
Contato para Emergências			
Nome Completo			Telefone (DDD + número)

A seção a seguir refere-se a questões da saúde do participante bem como histórico médico, e deve ser preenchida, preferencialmente, pelo médico que acompanha a saúde do participante.

Ficha Médica							
Altura (cm)		Peso (kg)		Pressão Sanguínea		Menstruação	
Coração			Pulmão			Hérnia	
Na seção abaixo preencher com NORMAL ou ANORMAL para os itens seguintes e explicá-los no campo abaixo.							
Físico-nutricional		Mental		Visão		Audição	
Evidência de dependência química? (Sim/Não)				Evidência de doenças infectocontagiosas? (Sim/Não)			
Detalhes das anormalidades diagnosticadas e/ou outros comentários, inclusive infecções passadas bem como condições crônicas e recorrentes.							
O participante está tomando algum medicamento? Liste-os abaixo. Caso esteja tomando medicamentos, levar quantidade suficiente para todo o período do programa, bem como receita para compra do medicamento caso se faça necessário.							
Motivo	Medicamento		Princípio Ativo		Dosagem	Intervalo (em horas)	
Recomendações de uso:							

Nome do Médico		Assinatura e Carimbo do Médico	
Médico habitual? (Sim/Não)		Data	
Telefone em Caso de Emergências (DDD + número)		Hospital para Contato	

Continuação da Ficha de Saúde. Preencher no computador ou à mão em letra de fôrma legível.							
Nome Completo						Chapter	
Histórico Médico							
A despeito de doenças infantis comuns, em geral a saúde do participante é boa? (Sim/Não)							
Histórico Infectológico	Sim/Não	Ano		Histórico Imunológico	Sim/Não	Ano	Dose Extra
Sarampo				Sarampo			
Papeira/Caxumba				Papeira/Caxumba			
Rubéola				Rubéola			
Catapora				Catapora			
Coqueluche				Poliomielite			
Febre escarlatina (escarlatina)				Difteria			
Febre reumática				Antitetânico			
Otite (inflamação do ouvido)				HNIG (imunoglobulina humana normal)			
Hepatite (especificar)				Hepatite (especificar)			
Meningite				Meningite (especificar)			
Febre Amarela				Febre Amarela			
Malária				Malária (especificar)			
Tonsilite/Amigdalite				Febre Tifóide			
Sinusite				Gripe (especificar)			
Bronquite				Encefalite			
Infecções Pneumocócicas				Outros (especificar)			
Infecções Estreptocócicas				Outros (especificar)			
Infecções Estafilocócicas				Outros (especificar)			
Tuberculose (TB)				Tuberculina (BCG)			
TB: Resultado dos raios-X							
Outros comentários sobre o histórico médico do participante							

O participante foi vacinado contra as doenças que a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária recomenda para a(s) cidade(s) que irá viajar? Verifique a lista em http://www.anvisa.gov.br .	
Se Sim, Quais?	
Se Não, Por quê?	

Declaração

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Assinatura do responsável legal		Data	
Documento de Identificação	Órgão Expedidor	Validade	

Continuação da Ficha de Saúde. Preencher no computador ou à mão em letra de fôrma legível.							
Nome Completo				Chapter			
Histórico Médico							
Preencher os dados abaixo de acordo com as intervenções médicas feitas no participante.							
Histórico de Hospitalização	Sim/Não	Ano	Detalhes (especificar)	Histórico de Hospitalização	Sim/Não	Ano	Detalhes (especificar)
Doenças/Ferimentos requereram raios-X				Distúrbio renal/estomacal			
Doenças requereram hospitalização				Distúrbio cardíaco/sanguíneo			
Ferimentos requereram hospitalização				Distúrbio otorrinolaringológico			
Reações a medicamentos				Disenteria ou diarreia			
Reações alérgicas				Distúrbio do sono			
Asma e doenças respiratórias				Distúrbio emocional/comportamental			
Incontinência urinária				Outro distúrbio			
Distúrbio Endocrinológico				Aparelho odontológico			
Epilepsia				Óculos/Lentes			
Distúrbio menstrual/ginecológico				Dieta alimentar			
Outros comentários sobre o histórico médico do participante							

Declaração

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Assinatura do responsável legal		Data	
Documento de Identificação	Órgão Expedidor	Validade	
Assinatura do Participante		Data	
Documento de Identificação	Órgão Expedidor	Validade	

Atenção: A participação em programas do CISV Brasil está condicionada ao preenchimento e assinatura deste formulário e da "Ficha Legal".