



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor  
SIASS-UFG

PRONTUÁRIO CLÍNICO INDIVIDUAL

Data ..... Número: .....

Nome: .....

Sexo:..... Est. Civil: ..... Data de Nascimento: ...../...../..... Idade: .....

Naturalidade: ..... Escolaridade:.....

RG: ..... CPF: .....

Cargo Função: .....

Fone: .....

Endereço: .....

**ANAMNESE:**


Data ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Médico examinador (Ass./Carimbo/Mat. SIAPE)

**EXAME FÍSICO (PREENCHIDO PELO MÉDICO OU MÉDICO PERITO)**

**Peso:** \_\_\_\_\_ Kg    **Alt:** \_\_\_\_\_ m    **IMC:** \_\_\_\_\_    **PA:** \_\_\_\_\_ mmHg    **FC:** \_\_\_\_\_ bpm

**Gesta:** \_\_\_\_\_ **Parto Normal** \_\_\_\_\_ **Cesária:** \_\_\_\_\_ **Aborto:** \_\_\_\_\_ **DUM:** \_\_\_\_\_

**Acuidade visual informada:** ( ) Normal ( ) Anormal \_\_\_\_\_

( ) Hipermeotropia ( ) Miopia ( ) Astigmatismo ( ) Presbiopia ( ) Ceratocone

**Estado geral:** ( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

**Psiquismo:** ( ) Estável ( ) Irritado ( ) Ansioso ( ) Deprimido ( ) Indiferente

Qualidade de comunicação auditiva: ( ) boa      Regular ( )      ( ) Anacusia

**Mucosas:** ( ) Coradas ( ) Hipocoradas \_\_\_\_\_ ( ) Ictéricas \_\_\_\_\_

**Pele:** ( ) Normal ( ) Alterada \_\_\_\_\_

**A.C.V.:** ( ) Normal

( ) Alterado \_\_\_\_\_

**A.R.:** ( ) Normal

( ) Alterado \_\_\_\_\_

**ABDOMEN:** ( ) Plano ( ) Flácido ( ) Globoso ( ) Protuso ( ) Cicatrizes ( ) Hérnias

**MMSS:**

Movimentos: ( ) Normais ( ) Alterados \_\_\_\_\_

Força: ( ) Normal ( ) Alterada \_\_\_\_\_

Musculatura: ( ) Normal ( ) Hipertrófica ( ) Hipotrófica \_\_\_\_\_

Mãos: ( ) Normais ( ) Alteradas \_\_\_\_\_

Cistos: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Cicatrizes: ( ) Não ( ) Sim

Deformidades: ( ) Não ( ) Sim    Crepitação ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Manobras: Phalen ( ) Não ( ) Sim    Tinnel ( ) Não ( ) Sim    Filkenstein ( ) Não ( ) Sim

**MMII:**

Marcha ( ) Normal ( ) Alterada \_\_\_\_\_

Movimentos: ( ) Normais ( ) Alterados \_\_\_\_\_

Força: ( ) Normal ( ) Alterada \_\_\_\_\_

Musculatura: ( ) Normal ( ) Hipertrófica ( ) Hipotrófica \_\_\_\_\_

Varizes: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Deformidades: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Edemas: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ Cicatrizes: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

**COLUNA:** ( ) Normal ( ) Cifose \_\_\_\_\_ ( ) Escoliose \_\_\_\_\_

( ) Lordose \_\_\_\_\_ ( ) Retificação \_\_\_\_\_

**Observações:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) APTO    ( ) INAPTO

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Examinador (Ass./Carimbo/Mat. SIAPE)