

Formulário Médico IFRN

Histórico Médico

Para respostas **positivas**, por favor, explique detalhadamente..

1. NOME DO CANDIDATO		2. PAÍS
3. DATA DE NASCIMENTO	4. ALTURA	5. PESO

6. CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

 Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

Responder se foi notado algum tipo de anomalia em relação à altura, peso (incluindo perda ou ganho substancial nos últimos seis meses), sangue pressão, pulso ou respiração? Em caso positivo, o médico deve explicar no campo ao lado.

Caso o candidato tenha alguma desproporcionalidade em relação entre ao peso e altura, ele deverá solicitar que o médico providencie um relatório médico (papel timbrado, em inglês, assinado e carimbado) informando o problema e/ou se o candidato possui de algum transtorno alimentar.

7. ALERGIAS

 Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

Informar se o candidato tem algum tipo de alergia. Em caso positivo, o médico deverá informar o tipo, qual o grau (leve, moderada ou severa) e se algum medicamento é usado (nome, dosagem e frequência) e fornecer detalhes. Dependendo da situação o AFS poderá solicitar um relatório médico complementar (laudo sobre a alergia)

8. ASMA

 Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

Em caso positivo, o médico deverá informar (em inglês) qual a severidade e se algum medicamento é utilizado (nome, dosagem e frequência) e fornecer detalhes. Pedir para o médico anexar um laudo sobre o quadro de asma.

9. DIABETES Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

Em caso positivo, o médico deverá informar o tipo, qual a severidade e se algum medicamento é utilizado (nome, dosagem e frequência) e fornecer detalhes. Anexar um laudo médico em inglês sobre o quadro de diabetes.

10. EPILEPSIA Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

Em caso positivo, o médico deverá informar o tipo, qual a severidade e se algum medicamento é utilizado (nome, dosagem e frequência). Anexar um laudo médico em inglês sobre o quadro de epilepsia.

11. LIMITAÇÕES EM ATIVIDADES Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

Existem limitações de saúde ou restrições ao candidato(a) participar de atividades e/ou esportes? Se sim, favor reportar qualquer restrição que precise ser considerada para conhecimento da sua família hospedeira e escola (restrições que impactem atividades do cotidiano).

12. HOSPITALIZAÇÃO Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

O candidato precisou ser hospitalizado nos últimos dois anos? Caso positivo, anexar um relatório ou visão geral do diagnóstico e detalhes sobre o quadro de hospitalização (qual foi a data, por quanto tempo e se houve algum impacto ou sequelas)

13. DOENÇAS/CONDIÇÕES

O candidato já teve alguma das doenças/condições listadas abaixo ou qualquer outro antecedente médico que pode ser importante mencionar para fornecer uma experiência de hospedagem segura durante o intercâmbio?

POLIOMIELITE

Sim

 Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA (USE PÁGINAS EXTRAS SE NECESSÁRIO:

TUBERCULOSE

Sim

 NãoOUTROS

Sim

 Não

Marcar todas as opções com SIM ou NÃO. Em caso de "outros", especificar ao lado com mais detalhes (pode anexar um laudo numa página extra, se necessário).

14. DOENÇAS, DEFICIÊNCIAS E ANORMALIDADES

O candidato já teve qualquer doença, deficiência ou anormalidades listadas abaixo? Se sim, explicar ao lado com mais detalhes (pode anexar um laudo numa página extra, se necessário.)

SISTEMA DIGESTIVO

Sim

 NãoSISTEMA LOCOMOTOR

Sim

 NãoSISTEMA CIRCULATÓRIO

Sim

 NãoSISTEMA ENDÓCRINO

Sim

 NãoSISTEMA RESPIRATÓRIO

Sim

 NãoSISTEMA URINÁRIO

Sim

 NãoAMÍGDALAS, NARIZ E GARGANTA

Sim

 NãoOLHOS/VISÃO OUVIDOS/AUDIÇÃO

Sim

 Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA (USE PÁGINAS EXTRAS SE NECESSÁRIO:

15. TRANSTORNO NERVOSO, EMOCIONAL, PSICOLÓGICO OU ALIMENTAR

O requerente JÁ CONSULTOU um neurologista, psicólogo ou qualquer outro especialista em doenças nervosas, emocionais ou transtorno alimentar? Marcar SIM ou NÃO

Sim Não

Existe histórico ou evidência atual de um transtorno emocional, nervoso ou alimentar? Marcar SIM ou NÃO

Sim Não

Se a resposta for SIM para qualquer uma das perguntas acima, um relatório COMPLETO do especialista é necessário. Anexar um laudo com os seguintes detalhes:

- Qual diagnóstico
- Faz uso de qualquer medicamento? Incluir nome, dosagem e frequência do uso
- Informar se o candidato continua o tratamento atualmente ou informar qual a data das últimas sessões.
- Uma declaração do candidato sobre a doença ou problema específico deve ser anexada.

Nota: O intercâmbio exige um período de adaptação com a nova cultura, por isso, pode gerar estresse emocional. Não será um momento para relaxamento ou interrupção temporária de qualquer terapia que seja feita pelo estudante. Se o estudante está passando por dificuldades emocionais, físicas, pessoais ou familiares, essas dificuldades podem ser severamente agravadas pela carga de estresse que envolve a sua adaptação inicial no intercâmbio! **Portanto, recomendamos que avaliem cuidadosamente a condição atual ou anterior do candidato e o tratamento, juntamente com uma análise da capacidade de gerenciar potenciais ansiedades e estresse em um ambiente estrangeiro.**

Muitos jovens brasileiros consultam psicólogos para testes vocacionais, ou até mesmo terapia para desenvolvimento pessoal durante fases escolares mais desafiadoras; mas esta não é uma realidade em muitos países. Aqui no Brasil, por exemplo, é muito comum as pessoas procurarem terapeutas e analistas a fim de buscar autoconhecimento mesmo quando não foram diagnosticadas com nenhum distúrbio emocional. Portanto, se o motivo da ida do candidato ao psicólogo foi apenas para autoconhecimento e não estava relacionado com questões de distúrbio nervoso, emocional nem alimentares, o médico deverá marcar "NÃO".

15. DOENÇA CELÍACA

O estudante tem doença celíaca? Marcar SIM ou NÃO

Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

Se sim, explicar ao lado com mais detalhes sobre uso de medicação, dosagem e frequência (anexar um laudo numa página extra, se necessário.)

Se o estudante comer glúten, isso cria uma situação perigosa para sua saúde? Marcar SIM ou NÃO

Sim Não

O estudante já foi hospitalizado por causa de complicações relacionadas à doença celíaca? Marcar SIM ou NÃO

Sim Não

16. MEDICAMENTOS ADICIONAIS

O candidato está atualmente tomando medicação ou injeções (que não foram mencionados anteriormente)? Marcar SIM ou NÃO

Sim Não

SE SIM, POR FAVOR DESCREVA:

Se sim, explicar ao lado com mais detalhes sobre uso de medicação, dosagem e frequência (anexar um laudo numa página extra, se necessário.)

Imunizações

Conferir na sua carteirinha de vacinação todas as doses já tomadas para preencher. É necessário colocar todas as datas disponíveis (não colocar apenas a última)

	DOSE 1 - DATA	DOSE 2 - DATA	DOSE 3 - DATA	DOSE 4 - DATA
MMR (Sarampo/Measles, Caxumba/Mumps e Rubéola/Rubella): 2 doses na infância.				
DPT (Difteria/Diphtheria, Coqueluche/Pertussis e Tétano/Tetanus): 3 doses na infância				
Coqueluche, uma dose a mais após 10 anos (reforço)				
DT (Difteria/Diphtheria e Tétano/Tetanus): reforço a cada 10 anos (adulto).				
Poliomielite: a vacina normalmente é administrada em 3 doses e um reforço (no total de 4 doses).				
Hepatite B: 3 doses				
Covid-19: Adicione quantas doses tomou e as respectivas datas, além do nome da vacina				

OBS.: Para as vacinas, verificar as doses necessárias de cada tipo na tabela acima. É preciso ter todas as doses, providenciar as que ainda não foram tomadas.

Se quiser acrescentar outras vacinas, pode colocar nos respectivos campos.

ASSINATURA DO MÉDICO

NOME	ASSINATURA	
ENDEREÇO		DATA

ASSINATURA DO CANDIDATO/RESPONSÁVEL

NOME	ASSINATURA	
ENDEREÇO		DATA

O médico deverá escrever seu nome completo, assinar, colocar seu endereço e datar o formulário. O candidato e seu responsável também deverão assiná-lo e datá-lo.

O documento deve conter o carimbo do médico com o CRM (obrigatório) Todo o Formulário de Saúde deverá ser preenchido, assinado e carimbado pelo médico



LAUDOS MÉDICOS:

Quando devo anexar um laudo extra ao meu formulário de saúde?

O cuidado com todos os aspectos que envolvem a preparação dos estudantes, especialmente a saúde física e emocional faz parte do gerenciamento de risco da gestão das Relações Internacionais do IFRN e visa contribuir para a segurança e o melhor aproveitamento da experiência por todos os participantes: estudantes, famílias, servidores responsáveis e instituições parceiras.

Por este motivo é imprescindível que toda e qualquer informação importante sobre sua saúde seja esclarecida através de um laudo médico (alergias, diabetes, bronquite, doença celíaca, asma, problemas ósseos, uso de medicamento contínuo ou qualquer outra situação médica que exija atenção).