



## FICHA MÉDICA DO PASSAGEIRO

Nome do Passageiro:

Data de Nascimento

Sexo: ( ) F ( ) M

Indique situação ( ) pai falecido ( ) mãe falecida ( ) pais separados ( ) reside com terceiros

Tipo Sanguíneo / RH

Dificuldade de cicatrização ( ) Sim ( ) Não

Tem algum sangramento anormal ( ) Sim ( ) Não

Qual:

Diabético: ( ) Sim ( ) Não

Como agir na situação de hipoglicemia e hiperglicemia

Toma todo tipo de medicamento? ( ) Sim ( ) Não

É alérgico a algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

É alérgico a: ( ) AAS ( ) Dipirona ( ) Penicilina ( ) Sulfa ( ) Outro

Alergia a outro medicamento acima não citado, alimento ou outro tipo de alergia ?

Como proceder em caso de alergia acima citada:

Tem Distúrbio de Déficit de Atenção ( DDA )? ( ) Sim ( ) Não

Toma medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Caso positivo, qual e dosagem:

Tomará durante a viagem? ( ) Sim ( ) Não

Obs.:

Tem depressão? ( ) Sim ( ) Não

Já teve anteriormente: ( ) Sim ( ) Não

Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico: ( ) Nunca fez ( ) Já fez anteriormente ( ) Atualmente

Anteriormente ou atualmente, favor citar qual dos dois, período e informações relevantes sobre o acompanhamento:

Atualmente toma algum medicamento referente o tópico acima? Caso positivo, qual e a dosagem:

Favor indicar os medicamentos usados quando necessário aos sintomas

Garganta:

Antibiótico:

Antiinflamatório:

Problema Gastro:

Gripe:

Febre:

Obs.:

Já se submeteu a alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo indique qual, indicação e período:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tem algum problema cardiovascular? ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                              |  | ( ) Taquicardia ( ) Hipertensão Arterial ( ) Angina                                   |  |
| Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                       |  |
| Tem algum problema digestivo?<br>( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                |  | ( ) Náusea ( ) Vômito ( ) Intolerância Alimentar ( ) Gastrite<br>( ) Úlcera ( ) Outro |  |
| Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                       |  |
| Atualmente está em tratamento e tomando algum medicamento não citado? ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Especifique:                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                       |  |
| Indicar se já teve ou tem alguma destas doenças / sintomas. Caso positivo, indicar o medicamento adequado e comentário                                                                                                                                                          |  |                                                                                       |  |
| ( ) Anemia                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                       |  |
| ( ) Anorexia                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                       |  |
| ( ) Asma                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                       |  |
| ( ) Bulimia                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
| ( ) Câncer                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                       |  |
| ( ) Catapora                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                       |  |
| ( ) Caxumba                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
| ( ) Convulsão                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                       |  |
| ( ) Dengue                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                       |  |
| ( ) Dengue Hemorrágica                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                       |  |
| ( ) Desmaio                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
| ( ) Doença renal                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                       |  |
| ( ) Epilepsia                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                       |  |
| ( ) Hepatite (tipo )                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                       |  |
| ( ) Herpes                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                       |  |
| ( ) Meningite (tipo)                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                       |  |
| ( ) Pressão arterial alta                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                       |  |
| ( ) Pressão arterial baixa                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                       |  |
| ( ) Rubéola                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
| ( ) Sarampo                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
| ( ) Sinusite                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                       |  |
| ( ) Sonambulismo                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                       |  |
| ( ) Tosse Crônica                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                       |  |
| Outras e observações:                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Faz uso de: ( ) Óculos ( ) Aparelho auditivo ( ) Aparelho de ortodontia                                                                                                                                                                                                         |  | Outro / Obs.:                                                                         |  |
| <b>REFERENTE ALIMENTAÇÃO: Tem alguma restrição na alimentação ?</b><br><b>Temos refeições incluídas na programação. No caso de cardápio único, não podemos garantir que temos como providenciar um cardápio diferenciado, devido a restrição ao "menu" por motivo de saúde.</b> |  |                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                       |  |
| <b>Declaro serem verdadeiras e completas as informações contidas nessa ficha médica e autorizo Trilhabela Turismo encaminhar ou meu(minha) parente a um profissional da saúde ou hospital em caso de necessidade de atendimento.</b>                                            |  |                                                                                       |  |
| Nome completo do responsável                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                       |  |
| Parentesco                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Data                                                                                  |  |
| Assinatura                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                       |  |
| Nome do passageiro                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                       |  |