

ANAMNESE E AVALIAÇÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL PARA PESQUISADORES / USUÁRIOS DE BIOTÉRIO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

DADOS DO PESQUISADOR / USUÁRIO

Nome completo:		CPF:
Data de nascimento:	Telefone/E-mail:	
Laboratório / Depto:	Vínculo (Aluno/Bolsista/Docente):	
Orientador / Responsável:	Biotério de atuação:	

ANAMNESE DIRECIONADA (Preenchimento pelo Pesquisador)

1. Alergias e Sintomas Respiratórios

Apresenta Rinite, Asma, Bronquite ou Alergia conhecida a animais/poeira?	[] Não [] Sim
Já apresentou espirros, coceira nos olhos, falta de ar ou lesões na pele ao manusear animais?	[] Não [] Sim

2. Imunização (Vacinação)

Vacina contra o Tétano atualizada (última dose há menos de 10 anos)?	[] Não [] Sim
Esquema completo de vacinação contra Hepatite B?	[] Não [] Sim
Vacina / Imunização Tríplice Viral?	[] Não [] Sim

3. Condições Gerais e Pele

Apresenta feridas, lesões de pele ou dermatite ativa nas mãos ou braços?	[] Não [] Sim
Apresenta alguma condição de saúde que exija cuidados especiais no ambiente de biotério?	[] Não [] Sim

Declaração: Declaro que as informações são verdadeiras e comprometo-me a utilizar os EPIs recomendados e informar alterações de saúde ou acidentes ao biotério.

Data: ____ / ____ / 202__

Assinatura do Pesquisador: _____

PARECER MÉDICO DE APTIDÃO OCUPACIONAL (Preenchimento pelo Médico)

Atesto que avaliei o(a) pesquisador(a) por meio de anamnese e exame clínico de saúde ocupacional, encontrando-o(a):

[] APTO(A) para frequentar e realizar atividades de pesquisa em biotério.

[] APTO(A) COM RECOMENDAÇÕES / RESTRIÇÕES PREVENTIVAS:

[] INAPTO(A) TEMPORARIAMENTE.

Assinatura e Carimbo do Médico

Data: ____ / ____ / 202__



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ