

Traduction portugaise du formulaire "Questionnaire sur l'état de santé
(2° année d'école enfantine et 4° année d'école primaire)" / Edition 2021

Questionário sobre o estado de saúde (2° ano do jardim escola e 4° ano do nível primário)

Caros Pais

Muito brevemente será feito o exame médico escolar obrigatório.

O vosso filho/filha será dispensado, se o seu médico de família certificar por escrito que o exame já foi efetuado ou sê-lo-á em data já marcada. Este certificado deverá ser apresentado ao médico escolar **uma semana antes da data marcada para o exame. Se no dia do exame o médico escolar não possuir o dito certificado, o exame será feito obrigatoriamente.**

Para as crianças do Jardim escola é importante e desejado que a mãe ou o pai estejam presentes quando do exame médico. Para as crianças do quarto ano do nível primário a presença dos pais é também da maior importância.



Para o exame médico é preciso levar:

- num envelope fechado, a **folha questionário** sobre o estado de saúde devidamente preenchida
- os **óculos**, caso sejam utilizados
- o **boletim de vacinas**
- o **consentimento por escrito** no formulário correspondente "Vacinas aconselhadas" e o cartão da Caixa de doença, caso sejam feitas em breve vacinas facultativas necessárias.

Quando do exame obrigatório, o médico escolar pode efetuar a pedido dos pais ou com o consentimento destes outros exames físicos ou prestar esclarecimentos em caso de dúvidas. Os pais têm de dar o seu acordo para os exames complementares, confirmando-o com a sua assinatura no formulário. Este consentimento tem de ser entregue à médica/ao médico escolar no dia do exame médico.

Voltem por favor!

Apelido: _____ Nome: _____ Data de nascimento _____

Rua: _____ Código postal/Localidade _____

Apelido/Nome dos pais: _____ Tel. N.º.: _____

Mais alta formação concluída

Escolaridade obrigatória ("Real", secundária, escola de orientação, escola especial)

Pai

Mãe

Aprendizagem, 12º ano profissional, 12º ano liceal, escola média especializada (Nível secundário II)

Escola média especializada, Escola superior especializada, Universidade, Doutoramento (nível terciário)

Profissão exercida atualmente pelo pai _____

Profissão exercida atualmente pela mãe _____

Ano de nascimento dos irmãos: Irmãos: _____ Irmãs: _____

1. Dados sobre o desenvolvimento da criança e doenças anteriores

Só têm de responder às perguntas seguintes, se não o fizeram num exame médico anterior obrigatório ou caso se tenham verificado, entretanto, alterações.

Com que idade começou a andar sozinho o seu filho/ a sua filha? _____ e a falar? _____

Foram com o vosso filho/ a vossa filha nos últimos 2 anos à/ao pediatra para exames de prevenção? não sim

Doenças anteriores:

Otitis frequentes	não	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	
Anginas frequentes	não	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	
Sarampo	não	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	Em que idade? _____
Papeira	não	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	Em que idade? _____
Rubéola	não	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	Em que idade? _____
Varicela (bexigas doidas)	não	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	Em que idade? _____
Tosse convulsa	não	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	Em que idade? _____

O seu filho/ a sua filha sofre de alguma doença crónica? (Qual? Desde quando?):

Sofre de consequências de algum acidente? (Quais? Desde Quando?):

2. Dados informativos sobre o estado de saúde da criança atualmente

O seu filho/ a sua filha sofre de alguns dos problemas ou doenças seguintes? (Marcar com uma x o que corresponder)

<input type="checkbox"/> Perturbações visuais	<input type="checkbox"/> Dores na coluna	<input type="checkbox"/> Dores de barriga
<input type="checkbox"/> Perturbações de movimento	<input type="checkbox"/> Perturbações circulatórias ou de coração	<input type="checkbox"/> Nervosidade
<input type="checkbox"/> Asma/Doenças pulmonares	<input type="checkbox"/> Perturbações de sono	<input type="checkbox"/> Ataques de fúria
<input type="checkbox"/> Problemas de peso	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Angústias
<input type="checkbox"/> Doença de pele	<input type="checkbox"/> Perturbações na fala	<input type="checkbox"/> Ciúmes
<input type="checkbox"/> Perturbações auditivas	<input type="checkbox"/> Dores nas articulações	<input type="checkbox"/> Incontinência urinária

Verificam-se outras anormalias ou problemas? Em caso afirmativo quais:

Encontra-se o seu filho / a sua filha presentemente em tratamento? Se sim, porquê e onde?
