



Comitê Apicultor do Grande Conselho Guardião do Estado de São Paulo



FORMULÁRIO PESSOAL DE SAÚDE DA ABELHINHA

Conselho Guardião do Bethel e Comitê Apicultor - uso emergencial e confidencial.
Inutilize os espaços em branco com um traco.

Caso necessário, utilize o verso.
Mantenha as informações sempre atualizadas

NOME

DATA DE NASCIMENTO

ALTURA: _____ PESO: _____ TIPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH _____

1. Utiliza os seguintes equipamentos de auxílio:

() óculos () lentes de contato () aparelhos dentários () aparelhos de audição
() sondas () marcapasso () outros - cite quais: _____

2. Doenças já ocorridas ou em tratamento:

() asma () bronquite () catapora () caxumba () convulsões () desmaios () diabetes
() epilepsia () hemofilia () hemorragias () hepatite () rubéola () sarampo () sinusite

DOENÇAS EM TRATAMENTO: () SIM () NÃO

QUAIS? _____

3. Medicamentos em uso (contínuo ou não)

Permite administrar medicamentos por profissionais que atuam no grupo? () sim () não

4. Emergências Médicas

() aguardar acompanhamento dos pais ou responsáveis () aceita decisões médicas

4.a. Avisar em emergências:

() Pais () Outro: _____

4.b. Convênio Médico: _____ Número da carteirinha _____

4.c. Médico de preferência: _____ Telefone () _____

5. Informações Gerais:

5.a ALERGIAS () picada de inseto. Cite: _____ () plantas. Cite: _____

() medicamentos. Cite: _____ () alimentos. Cite: _____

() Outros. Cite: _____

5.b. Possui impedimento físico? () Sim () Não Cite: _____

5.c. Restrições a alimentos? () Sim () Não Cite: _____

5.d. Problemas cardíacos? () Sim () Não Cite: _____

5.e. Sabe Nadar? () Sim () Não

5.f. É sonâmbulo? () Sim () Não

5.g. Deficiências? () Física () Visual () Auditiva () Intelectual



Comitê Apicultor do Grande Conselho Guardião do Estado de São Paulo



6. Carteira de vacinação: () completa () incompleta (ANEXAR CÓPIA)

7. Distúrbios Psicológicos (diagnosticados)

7.a. Apresenta algum distúrbio de comportamento? Ex: Conduta, hiperatividade por déficit de atenção, oposição desafiante, etc.

() Não () Sim Cite: _____

7.b. Apresenta algum distúrbio de alimentar? Ex: anorexia nervosa, bulimia nervosa, etc.

() Não () Sim Cite: _____

7.c. Apresenta algum distúrbio de ansiedade fóbica? Ex: distúrbio do pânico, agorafobia (lugares fechados ou abertos), fobia social, etc.

() Não () Sim Cite: _____

DATA: _____

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: _____

GRAU DE PARENTESCO COM A ABELHINHA: _____

ASSINATURA: _____