

A informação contida no presente AQS é considerada como resultado de uma declaração VOLUNTÁRIA e apenas corresponder à VERDADE, não sendo ainda omitida qualquer informação relativa a questões colocadas no presente auto questionário.

**FALSAS DECLARAÇÕES** são interpretadas como motivo para a exclusão do presente concurso, podendo impedir o candidato de se recandidatar.

O objetivo do AQS é disponibilizar ao candidato antes da inspeção médica sobre a existência de eventuais Problemas de Saúde que possam limitar/ impedir de forma (D)efinitiva ou (T)emporária, a sua aptidão física e psíquica para admissão ao serviço militar, tendo como referência, as tabelas previstas na lei e regulamentos.

**Nesse sentido, pode ser sugerido ainda a realização de algumas ações (com a ajuda do seu médico assistente) a fim de serem esclarecidas algumas queixas ou alterações identificadas no presente questionário.**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nº candidato (a preencher pelo CRA)  Nome  Sexo  Data Nasc.  e-mail

Concurso  Ordem de Preferencias nas classes

É a sua primeira candidatura de admissão ao serviço militar ou forças policiais ?  S  N Se "Não", a qual e quando ?

**2. ANTROPOMETRIA E APARENCIA MILITAR**

(1) Altura (m)  (2) Peso (kg)  (3) IMC\*  (4) Perímetro Abdominal (cm)  (5) Perímetro Torácico (cm)

*(\*) IMC= Peso (cm)/Altura (kg)2*

**ATENÇÃO:** Se o seu IMC for  $\geq 30$  (obesidade) e o perímetro abdominal superior ao torácico (em repouso)  S  N

(6) Possui tatuagens, piercings ou outras formas de "arte corporal", que possam ser visíveis quando se encontre de fato / calção de banho, descalço e sem meias ?  S  N **ATENÇÃO:** Se (S)im, constitui-se uma situação de INAPTIDÃO

**3. HÁBITOS / ESTILOS DE VIDA**

	Atual ou passado	Tipo	Quantidade / Duração (média)	Periodicidade
(7) Fuma ?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Charuto <input type="checkbox"/> Cachimbo	<input type="text"/> Unidades/ dia	<input type="checkbox"/> (1) Diária <input type="checkbox"/> (2) Semanal <input type="checkbox"/> (3) Irregular
(8) Bebe bebidas alcoólicas ?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Fermentada: <input type="checkbox"/> Água-pé (2-3°) <input type="checkbox"/> Cerveja (3-8°) <input type="checkbox"/> Vinho (6-15°) Destiladas: <input type="checkbox"/> Aperitivos (16-45°) <input type="checkbox"/> Licor (30-50°) <input type="checkbox"/> Agurardentes (> 45°)	<input type="text"/> Unidades alcool dia * <small>(* Consulte o site: <a href="http://www.bebacomcabeça.pt/quantas_unidades">http://www.bebacomcabeça.pt/quantas_unidades</a>.</small>	<input type="checkbox"/> (1) Diária <input type="checkbox"/> (2) Semanal <input type="checkbox"/> (3) Irregular
(9) Consumo de "Drogas" ?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(10) Atividade física/ desportiva regular?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="checkbox"/> Caminhada <input type="checkbox"/> Ciclismo <input type="checkbox"/> Desporto <input type="checkbox"/> Corrida <input type="checkbox"/> Natação <input type="checkbox"/> Desporto <input type="checkbox"/> Ginásio <input type="checkbox"/> Desportos nauticos <input type="checkbox"/> Ténis	<input type="checkbox"/> (1) < 30 min <input type="checkbox"/> (2) 30-60 min <input type="checkbox"/> (3) > 60 min	<input type="checkbox"/> (1) Diária <input type="checkbox"/> (2) Semanal <input type="checkbox"/> (3) Irregular

**4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Doença	Parentesco	Doença	Parentesco
(11) Asma ou Bronquite Crónica ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>	(15) Hipertensão arterial ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>
(12) Dislipidémias (aumento do colesterol, ou dos triglicéridos do sangue) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>	(16) Acidente vascular cerebral (AVC) ( trombose ou hemorragia cerebral) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>
(13) Excesso de peso ou obesidade ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>	(17) Enfarte agudo do miocárdio (EAM) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>
(14) Diabetes Mellitus ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>	(18) Doenças Reumáticas ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>
(19) Outros com impacto na qualidade de vida ou causa de morte precoce (tumores, etc) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="text"/>		

**5. ANTECEDENTES PESSOAIS SIGNIFICATIVOS**

Situação	Motivo	Ano / Duração / Onde
(20) Traumatismo crânio encefálico (TCE) com ou sem perda de conhecimento ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
(21) Fratura óssea ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
(22) Cirurgias ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
(23) Internamento em <i>Unidade de cuidados intensivos</i> (UCI) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		
(24) Outros Internamentos (não cirúrgicos) <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		

(25) Alergias conhecidas  S  N Especificar: \_\_\_\_\_

Foi observado nas Consultas de:	Motivo	Ano	Medicação atual ou anterior (duração)
(26) Reumatologia, Fisiatria ou Ortopedia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(27) Pneumologia ou Alergologia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(28) Psiquiatria ou Psicologia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(29) Neurologia ou Neurocirurgia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(30) Endocrinologia ou Nutrição ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(31) Gastroenterologia ou Hepatologia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(32) Dermatologia ou Infecçologia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(33) Cardiologia, Cirurgia Vasc. ou Cardiorácica ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(34) Nefrologia, Urologia ou Ginecologia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(35) Oftalmologia ou Otorrinolaringologia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			
(36) Medicina Dentária ou Ortodontia ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N			

**6. REVISÃO DE ORGÃOS E SISTEMAS (NOTA: Utilize a caixa 7 para explicitar sucintamente as respostas (S)IM) .....**

Situação clínica (no passado ou presentemente)	Situação clínica (no passado ou presentemente)
(37) Diplopia ( visão em duplicado) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(77) Problemas do baço conhecidos (traumatismo ou outros) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(38) Dificuldade "anormal" em ver com pouca iluminação ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(78) Cólicas intestinais, prisão de ventre ou diarreias ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(39) Sente dificuldade em ver ao perto ou longe ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(79) Presença de divertículos ou pólipos no intestino ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(40) Usa óculos, lentes de contato ( <i>trazer nas insp. médicas</i> ) ou fez alguma correção cirúrgica da acuidade visual ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(80) Perda de sangue nas fezes ou presença de hemorroidas ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(41) Nota alteração na visão das cores (daltonismo) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(81) Hepatite (viral, medicamentosa ou outra) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(42) Sente dificuldade em ouvir ou zumbidos nos ouvidos ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(82) Colites crónicas ( Colite ulcerosa, D. Chron, outras) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(43) Perfuração dos tímpanos ou uso de tubos nos ouvidos ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(82) Cálculos ("pedra") no rim ou nas vias urinárias ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(44) Cirurgia aos ouvidos ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(83) Presença de açúcar, proteínas ou sangue na urina ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(45) Vertigens ( <i>sensação de rotação do ambiente exterior</i> ) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(84) Quisto únicos ou múltiplos no rim ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(46) Enjoo com os movimentos ( carro, comboio, avião, barco) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(85) Perda de rim ou rim mudo (não funcionando) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(47) Perda súbita de consciência ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(86) Outros problemas renais ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(49) Epilepsia ou outro tipo de convulsões ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(87) Incontinência urinária (" urinar sem querer)" noturna após os 13 anos? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(50) Sonambulismo ("andar de noite sozinho") ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(88) Outros problemas da bexiga ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(51) Perda da força/sensibilidade de um lado do corpo, mesmo que por pouco tempo ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(89) Homem: Perda de testículo ou ectópico (fora da bolsa)? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(52) Dificuldade em respirar pelo nariz (obstruído) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(90) Mulher: Problemas do útero ou ovários ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(53) Rinite alérgica ou após mudança de ambientes frio /quente ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(91) Mulher: Problemas menstruais (intensidade ou duração) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(54) Dores de cabeça frequentes ou intensas obrigando a parar de trabalhar ou à toma de medicamentos ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(92) Mulher: Episódio(s) de aborto espontâneo ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(55) Algum tipo de sinusite crónica ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(93) Dores na região cervical com/sem irradiação m. sup. ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(56) Problemas da tiróide ou toma medicamentosa ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(94) Dores região dorsal ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(57) Asma, bronquite asmática ou presença de "gatinhos"? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(95) Dores na coluna lombar com/sem irradiação ao memb. inf. ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(58) Bronquite crónica ( <i>tosse e expectoração (mais de 3 meses)</i> )? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(96) Alt. postura da coluna (escoliose, hipercifose ou lordose) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(59) Enfisema ou fibrose pulmonar ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(97) Limitação ou rigidez na mobilidade da coluna vertebral ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(60) Pneumonia ou infecção dos brônquios ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(98) Patologia herniária / degenerativa conhecida da coluna ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(61) Pneumotórax ou problemas conhecidos da pleura ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(99) Patologia inflamatória da coluna vertebral (EA,etc.) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(62) Nódulos mamários ou outras patologia da mama ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(100) Limitações ou dor na mobilização de alguma articulação ( <i>ombros, cotovelos, punhos, mãos, ancas, joelhos, tornozelos, pés</i> )? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(63) Sopro cardíaco, problemas com válvulas cardíacas ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(101) Articulações tumefactas, quentes e dolorosas ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(64) Febre Reumática ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(102) Bursites ou tendinites conhecidas ( <i>ombros, anca, joelhos, calcanhar,...</i> ) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(65) Valores tensionais elevados ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(103) Alguma doença reumática conhecida ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(66) Desmaiar por baixa da tensão arterial (postural, vagal ,etc) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(104) Anemia crónica ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(67) Palpitações (sensação de batimento cardíaco) de ritmo irregular, acelerado ou muito lento ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(105) Dificuldade no controlo de pequenas hemorragias ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(68) Dor no peito ou sensação de mau estar com o esforço ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(106) Anorexia (perda apetite) ou outras doenças da alimentação ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(70) Caries dentárias, úlceras ou inflamação repetida das gengivas ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(107) Eczemas (de contacto, alergico ou outro) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(71) Dificuldade em engolir líquidos ou sólidos ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(108) Psoríase (cutânea ou articular) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(72) Dores de estômago frequentes, úlceras do estômago, duodeno ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(108) Outros problemas cutâneos ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(73) Refluxo de alimentos/líquidos à boca, hérnia gastroesofágica ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(109) Depressão, ansiedade ou outras patologias implicando aconselhamento ou tratamento psiquiátrico ou psicológico ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(74) Enfartamento (digestões difíceis) após as refeições ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(110) Toma de medicamentos ou qualquer substância para melhorar a atenção, o raciocínio ou a performance física ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(75) Pedra ou lamas na vesícula ou nas vias biliares ( <i>ecografia</i> ) ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	(111) Tratamento, aconselhamento por técnicos de saúde mental por abuso de álcool ou drogas ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
(76) Problemas pancreáticos conhecidos ? <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	

**7. EXPLÍCITE SUCINTAMENTE TODAS AS RESPOSTAS "SIM" RELATIVAS ÀS QUESTÕES 37 A 111** (Indique o nº da questão e os detalhes sobre o problema, como o nome do médico e/ou da instituição de saúde que o assistiu ou assiste, os tratamentos prestados e a situação clínica atual. Seja portador no dia da inspeção médica, da documentação que julgue ser importante para esclarecimento clínico (relatórios clínicos, notas de alta ou exames efectuados).

**8. SE ASSIM O ENTENDER, DISPONIBILIZE O NOME, CONTACTO TELEFÓNICO OU DE EMAIL ELETRÓNICO DO SEU MÉDICO ASSISTENTE QUE POSSA COLABORAR NO ESCLARECIMENTO DE DUVIDAS SURGIDAS.**

**PÁRE E LEIA ATENTAMENTE**

**AS SEGUINTE CONSIDERAÇÕES SÃO ACEITES APÓS A SUA ASSINATURA**

- Atesto que a informação do presente questionário corresponde á verdade e totalidade do meu conhecimento e entendimento sobre as questões colocadas, e que ninguém me aconselhou a condicionar ou a prestar falsas declarações sobre a minha condição física e/ou psíquica.

- Compreendo igualmente que me pode ser solicitada alguma documentação clínica adicional para esclarecimento da minha situação clínica.

- Autorizo ainda que qualquer entidade por mim indicada no quadro 8, possa fornecer dados clínicos para esclarecimento de duvidas criadas pelo preenchimento do presente questionário de saúde., mas apenas utilizadas para esse mesmo e único fim.

Data da assinatura

Assinatura

**9. RESPOSTA DO GABINETE DE AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO FÍSICA E PSÍQUICA AO CANDIDATO**

**Resultado do AQS**

**Condicionamentos / Sugestões**

- Não se identificam causas conhecidas de INAPTIDÃO
- Apresenta causas de Inaptidão (D)efinitivas
- Apresenta causas de Inaptidão (T)ransitórias

Data : .....

Médico .....