

GRUPO ESCOTEIRO EUDORO CORREA

FICHA MEDICA DE ACAMPAMENTO



Dados

Nome completo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Estado: _____ e-mail: _____
Telefones para contato: _____
Nome dos pais ou responsável: _____
Nome da Escola: _____

Ficha médica

Possui algum plano ou convênio médico? () sim () não qual: _____
Possui algum problema de saúde? () sim () não qual: _____
Está realizando algum tratamento? () sim () não qual: _____
Tem bronquite ou asma? () sim () não _____
Tem enurese noturna? () sim () não _____
É propenso a convulsões? () sim () não _____
Apresenta sonambulismo ou sono muito agitado? () sim () não _____
Pode dormir na parte de cima do beliche? () sim () não _____
Pratica esportes? () sim () não qual: _____
Apresenta algum mal que, atividade física possa agravar? () sim () não qual: _____
Já tomou vacina anti-tetânica? () sim () não quando? _____
Apresenta alguma alergia? () sim () não qual: _____
Tipo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Em caso de tratamento médico, relacione os remédios que serão levados pelo acampante

1 - remédio: _____ indicação: _____ doses e horários: _____
2 - remédio: _____ indicação: _____ doses e horários: _____
3 - remédio: _____ indicação: _____ doses e horários: _____

Como deverá ser medicado em caso de

Febre a partir de ___ graus dose: _____
Dor de cabeça: _____
Dor de garganta: _____
Diarréia: _____
Dor de ouvido: _____
Gripe ou resfriado: _____
Cólicas: _____
Contusão ou dor muscular: _____
Corte ou arranhão: _____
Alergia a alguma medicação ou alimento? _____
em caso de **homeopatia** (que deverão ser levados) relacione o medicamento com seus respectivos horários: _____

Outras observações: _____

