

# Questionário médico



**Antes de preencher este questionário certifique-se de que :**

- O seu empregador enviou-nos o exame de admissão ao STM para si,
- A empresa para quem trabalha é afiliada ao STM.

**Se uma ou mais destas condições não forem preenchidas, o seu questionário não poderá ser tido em consideração e será destruído afim de respeitar as exigências do **RGPD**.**

## Quando/em que situação utilizar este questionário médico ?

No quadro da atual crise sanitária e com a finalidade de, na medida do possível, se reduzirem os deslocamentos dos trabalhadores, algumas **das visitas para exame de admissão** poderão ser substituídas por um pedido de parecer médico baseado nas informações de um questionário preenchido pelo trabalhador.

**De um modo geral o questionário poderá ser utilizado para os exames de admissão de todos os postos de trabalho. As exceções que obrigam um exame médico realizado no STM incluem os seguintes postos de trabalho:**

- Trabalhadores que ocupem um posto de segurança,
- Prestadores de cuidados (de saúde, ensino, socio-familiares, outros),
- Operários com trabalho em altura não protegido por andaimes (trabalho em telhados, cordistas),
- Operários da construção civil condutores de veículos e operadores de equipamentos móveis,
- Operários em oficinas que utilizem máquinas perigosas (ex: carpinteiros).

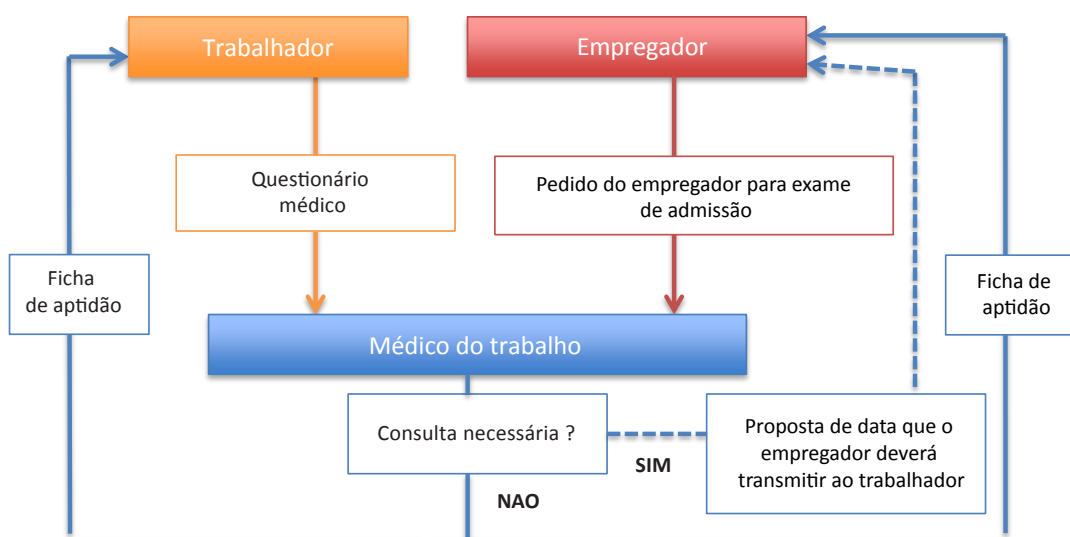
**É inútil preencher um questionário médico para estes postos de trabalhos aqui mencionados uma vez que uma visita médica será automaticamente marcada para eles.**

## Como fazer? Passos a seguir

1. O empregador envia ao STM um pedido «**demande patronale**» para um exame de admissão “**examen d’embauche**”.
2. Se o posto de trabalho o permitir (ver atrás os casos em que se pode utilizar o questionário), o trabalhador envia ao STM o «**Questionário médico**» preenchido.
3. Com base nas informações do **questionário e do pedido do empregador**, o médico do trabalho decide da aptidão do trabalhador ao posto. Em caso de dúvida convocará o trabalhador para uma visita médica.  
**Sem o pedido de exame do empregador o processo não poderá ser tratado.**
4. No caso de uma aptidão ao posto, uma ficha de exame médico «**ficha de aptidão**» será enviada ao empregador e outra ao trabalhador.

**Em caso de necessidade poder-se-á sempre marcar uma consulta médica a pedido do trabalhador ou do empregador.**

**Se após o estudo dos dados recolhidos através do questionário for necessário a marcação de uma consulta, uma data será proposta ao empregador que se encarregará de seguida de informar o seu trabalhador da data programada.**



Este questionário é-lhe proposto para ajudar o serviço médico do STM. Deverá possibilitar ao médico do trabalho a emissão de uma ficha de aptidão para o seu novo posto de trabalho.

PARA SER PREENCHIDO PELO TRABALHADOR, E ENVIADO POR CORREIO AO MÉDICO DO TRABALHO PARA TOMADA DE DECISÃO - ACOMPANHADO DOS DOCUMENTOS EVENTUALMENTE PEDIDOS, NÃO TRANSMITIR ESTE DOCUMENTO AO EMPREGADOR. ESTE QUESTIONÁRIO SÓ PODERÁ SER AVALIADO E TRATADO PELO MÉDICO DO TRABALHO APÓS RECEPÇÃO DO PEDIDO DE EXAME DE ADMISSÃO ENVIADO PELO EMPREGADOR.

## DADOS RELACIONADOS COM O TRABALHADOR

Apelido  Nome próprio

Matrícula

*ou data de nascimento ano mês dia*

Morada

Código postal  Cidade

Posto de trabalho ocupado na empresa

## DADOS RELACIONADOS COM A EMPRESA

Nome da empresa:

Assinale o quadrado apropriado para cada pergunta e complete as frases

\* é obrigatório uma resposta para cada pergunta

	JÁ TEVE OU TEM:	SIM*	NÃO*
1	Uma doença do coração, das artérias ou das veias (hipertensão, enfarto do miocárdio, um mal-estar com ou sem perda de conhecimento, alterações do ritmo cardíaco...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
	Problemas respiratórios (asma...), alergias, doença dos pulmões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, quais .....		
3	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
	Uma doença dos órgãos abdominais (estômago, fígado, intestinos...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		

	JÁ TEVE OU TEM:	SIM*	NÃO*
5	Uma doença do sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
6	Uma doença contagiosa importante/crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
7	Uma doença metabólica: diabetes, problemas da tiroide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
	Esta doença é acompanhada de mal-estar? Que tipo de mal-estar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Uma doença dos ossos, das articulações, tendinites, uma fractura/osso partido, complicações articulares devidas a um acidente, dores nas costas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
9	Uma doença neurológica (alterações do equilíbrio: vertigens, perda de conhecimento, epilepsia, apneia do sono, tumor cerebral...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
10	Uma doença psiquiátrica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
	Sofre de depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Uma doença dos olhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, qual .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais complicações .....		
	Já foi operado aos olhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, que tipo de operação? .....		
	Usa óculos ou lentes de contacto? Se sim, de que tipo (para ver ao longe, para ver ao pé, lentes progressivas...)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JÁ TEVE OU TEM:	SIM*	NÃO*
12	Problemas do nariz, garganta, ouvidos (tinnitus/acufenos, zumbidos), língua...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, quais .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
13	Problemas de pele (irritações, alergias, eczemas...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, quais .....		
	Em que ano ..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
14	Já foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, a que operações foi submetido?.....		
	Em que ano/anos?..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
15	Já teve ou tem outras doenças que não foram aqui mencionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, quais .....		
	Ano/anos em que se manifestaram..... Hoje, está curado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, descreva as eventuais consequências .....		
16	Toma medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, quais .....		
17	Pratica alguma actividade física regular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, que tipo de actividade?.....		
	Com que frequência?.....		
18	É fumador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, quantos cigarros por dia? .....		
	Já foi fumador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Consome/toma regularmente:		
	- Álcool? (Cerveja, vinho, bebidas destiladas,...?) Se sim, quantos copos por dia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Consome/toma regularmente drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, especifique quais exactamente (cannabis, estimulantes, outras drogas) .....		
21	Já fez ou está a fazer uma cura de desintoxicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se sim, a quê? .....		

O seu peso (kg):

A sua altura (m):

**Juntar a este questionário :**

- Cópia do seu cartão de vacinas,
- Eventuais cópias de relatórios médicos seus que considere úteis para a tomada de decisão médica.

**Eu abaixo assinado(a) Senhora/Senhor .....**

Certifico ter preenchido este questionário, respeitante ao meu estado de saúde, sem nada omitir.

Esta declaração é sincera e verdadeira.

As respostas a este questionário fazem parte integrante do meu dossier médico e por consequências são estritamente confidenciais.

Estou ciente das sanções legais que incorrem ao autor de falsas declarações.

**Enviar por correio o original assinado, bem como os documentos pedidos, ao:**

Service de Santé au Travail Multisectoriel  
32, rue Glesener  
L-1630 LUXEMBOURG

**Data e assinatura manuscrita do declarante**  
*(obrigatória)*