

FICHA DE SAÚDE – ACAMPEUCARÍSTICO 2025
(ANEXO 02)

DADOS PESSOAIS									
NOME COMPLETO									
IDADE		PESO		ALTURA					
ANTECEDENTES									
DIABETES		HIPERTENSÃO		ASMA		EPILEPSIA		DEPRESSÃO	
ALERGIA MEDICAMENTOSA - ESPECIFICAR									
ALERGIA ALIMENTAR – ESPECIFICAR									
PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS - ESPECIFICAR									
POSSUI ALGUM DIAGNÓSTICO? - ESPECIFICAR									
Alergia									
FAZ DIETA?					TIPO SANGUÍNEO E FATOR RH				
TEM ALGUMA RESTRIÇÃO ALIMENTAR?									
SONO									
TRANQUILO		AGITADO		INSÔNIA		SONAMBULISMO			
POSSUI ALGUMA DIFICULDADE DE DORMIR EM LOCAL FECHADO?									
USO DE MEDICAMENTOS									
INSULINA		ANTICONCEPCIONAL		ANTIDEPRESSIVO		ANTICONVULSIVANTE			
OUTROS	ESPECIFIQUE								
QUAL A NECESSIDADE DO USO?									
POSSUI RECEITA MÉDICA COM ORIENTAÇÃO DO USO?									
EM CASO DE EMERGÊNCIA									
AVISAR A QUEM?									
PARENTESCO/CONTATOS									
PLANO DE SAÚDE			SUS		ONDE LEVAR?				
OBSERVAÇÕES									