

AUTORIZAÇÃO DE EXAMES



Núcleo de Saúde do Trabalhador
Qualidade de vida no trabalho

NST – Núcleo de Saúde do Trabalhador Clínica Médica LTDA

CNPJ: 11.519.356/0001-52 Rua Francisco Mendes de Oliveira Pedreiro,

Nº 333, Pecém – São Gonçalo do Amarante/CE – CEP: 62.674-000.

Tel: (85) 3315 1255 / 3315 1815 / (85) 9 8512 - 0004

Empresa:			
Funcionário(a)			
RG:		Data de Nascimento:	
Função:			

() ADMISSIONAL () PERIODICO () RETORNO AO TRABALHO () MUDANÇA DE FUNÇÃO () DEMISSIONAL

ASO PARA TRABALHO EM ALTURA (NR - 35)	SIM	()
ASO PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO (NR - 33)	SIM	()

ATENÇÃO:

1. NÃO ESQUECER DA AUTORIZAÇÃO E IDENTIDADE (RG)
2. Para realização de exame de Glicemia deverá estar em Jejum de mínimo 08 hs e máximo 12 hs
3. Para realização de exames audiometricos devesa estar em repouso acustico de 14 hs.
4. Para realização de ECG, evitar consumo de café.
5. Para realização de Espirometria, não fumar ate 02 horas antes, evitar café e não usa broncodilatador

EXAMES A SEREM REALIZADOS

<input type="checkbox"/>	ASO	<input type="checkbox"/>	RX - COLUNA LOMBAR
<input type="checkbox"/>	ACUIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/>	RX - TORAX PA
<input type="checkbox"/>	AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/>	RX - TORAX PA/P
<input type="checkbox"/>	AVALIAÇÃO PSICOLOGICA	<input type="checkbox"/>	RX -
<input type="checkbox"/>	CAMPIMETRIA	<input type="checkbox"/>	SENSO CROMÁTICO
<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>	TESTE DE EQUILIBRIO
<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	VISÃO ESTEREOSCOPICA
<input type="checkbox"/>	ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/>	

EXAMES LABORATORIO

<input type="checkbox"/>	ACIDO HIPURICO	<input type="checkbox"/>	GRUPO SANGUINEO/FATOR RH
<input type="checkbox"/>	ACIDO METIL HIPURICO	<input type="checkbox"/>	HDL
<input type="checkbox"/>	BILIRRUBINA	<input type="checkbox"/>	HEMOGRAMA COMPLETO
<input type="checkbox"/>	COBRE SÉRICO	<input type="checkbox"/>	LDL
<input type="checkbox"/>	CROMO	<input type="checkbox"/>	PARASITOLÓGICO DE FEZES
<input type="checkbox"/>	COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/>	PLAQUETAS
<input type="checkbox"/>	CREATININA	<input type="checkbox"/>	RETICULOCITOS
<input type="checkbox"/>	DOSAGEM DE CHUMBO	<input type="checkbox"/>	SUMARIO DE URINA
<input type="checkbox"/>	DOSAGEM DE MANGANÊS	<input type="checkbox"/>	TGO/TGP
<input type="checkbox"/>	FOSFATASE ALCALINA	<input type="checkbox"/>	TRIGLICERIDEOS
<input type="checkbox"/>	GAMA GT	<input type="checkbox"/>	UREIA
<input type="checkbox"/>	GLICEMIA	<input type="checkbox"/>	VLDL
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ZINCO SÉRICO

AUTORIZADO EM: ____/____/____	Assinar e Carimbar
----------------------------------	--------------------