

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome do Empregado: _____ Data: ____/____/____

Matrícula: _____ GHE: _____ Setor: _____

2. VERIFICAÇÃO:

CONDIÇÃO	SIM	NÃO
O empregado foi aprovado no exame de espirometria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregado já teve ou tem alguma doença respiratória (asma, bronquite, tuberculose, enfisema)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregado é tabagista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregado já teve ou tem alguma doença cardiovascular? Qual: _____		
O empregado já teve ou tem alguma outra doença (claustrofobia ou sensação de isolamento, epilepsia, ataxia, tremores, outras) que possa interferir no uso do respirador? Citar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregado faz uso de medicamentos constante? Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregado realiza atividade física frequentemente? Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual modelo de respirador será utilizado pelo empregado (aprovado no ensaio)? <ul style="list-style-type: none">Semifacial (sem manutenção);Semifacial (com manutenção);Facial Inteira;Máscara de Fuga (brigadista).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Qual a frequência de uso do(s) respirador(s): <ul style="list-style-type: none">Diariamente / rotineiro;Eventual / atividade pontual;Emergencial / fuga.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Qual a intensidade das atividades realizadas pelo empregado enquanto utiliza o respirador: <ul style="list-style-type: none">Atividade leve (de pé, trabalho leve, em máquina ou bancada, principalmente com os braços);Atividade moderada (em movimento, trabalho moderado de levantar ou empurrar);Atividade pesada (trabalho intermitente de levantar, empurrar ou arrastar pesos).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Empregado possui pelos faciais (barba, bigode, cavanhaque), cicatrizes, deformação no rosto, faz uso de dentadura ou apresenta qualquer outra condição que impeça ou prejudique a vedação do respirador? Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregado realizou o ensaio de vedação (<i>FIT TEST</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregado foi aprovado no ensaio de vedação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O empregado estará exposto a algumas substâncias tóxicas, enquanto estiver usando seus(s) respiradores(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientações ao empregado: _____

3. CIENCIA DO EMPREGADO:

Empregado orientado e ciente sobre as questões do bom ajuste e vedação dos respiradores.

Assinatura do empregado:

Médico do Trabalho:
