

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"/>
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"/>
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"/>
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 seu(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: