**FICHA DE ANAMNESE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO(A) ATLETA | | |  | | | | MODALIDADE | | | |  | | | | | | |
| NOME |  |  | |  | |  | |  | | | |  |  | | IDADE |  | |
| CLASIFICAÇÃO SANGUÍNEA |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO |  |  | |  | |  | |  | | | |  | N° | |  | | |
| COMPLEMENTO |  | | | | | | | | BAIRRO |  | | | | | | | |
| CEP |  | | CIDADE | |  | | | | | FONE | | | |  | | | |
| DADOS PESSOAIS DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO(A) ATLETA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| É PORTADOR(A) DE HIPERTENSÃO ARTERIAL? | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| É PORTADOR(A) DE ASMA ALÉRGICA? | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| É PORTADOR(A) DE ASMA BRÔNQUICA? | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| JÁ CONTRAIU DOENÇAS NA INFÂNCIA | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| Se sim, qual(is)? | | | | | | | | | |  | | | |  | |  |  |
| É PORTADOR(A) DE DIABETES MELLITUS? | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| SE AFIRMATIVO E TOMA INSULINA, QUAL A POSOLOGIA (DOSE DIÁRIA)? | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| É ALÉRGICO A ALGUM MEDICAMENTO | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| Se sim, qual(is)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| É ALÉRGICO À ALGUM ALIMENTO | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| Se sim, qual(is)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| É ALÉRGICO A OUTRO TIPO DE SUBSTÂNCIA | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| Se sim, qual(is)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JÁ FOI SUBMETIDO(A) A ALGUMA CIRURGIA | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| Se sim, qual(is)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JÁ SOFREU LESÃO NO ESPORTE | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| Se sim, qual(is)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUAL O TRATAMENTO RECEBIDO? | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| Se sim, qual(is)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FAZ USO DE CONTÍNUO DE ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? | | | | | | | | | | SIM | | | |  | | NÃO |  |
| Se sim, qual(is)? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGA IMPORTANTE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CADA ATLETA DEVERÁ LEVAR SEU MEDICAMENTO DE USO PESSOAL, COM A DEVIDA PRESCRIÇÃO MÉDICA (RECEITA, SE FOR PORTADOR DE PLANO DE SAÚDE MÉDICO E/OU ODONTOLÓGICO PRIVADO LEVAR CARTEIRA E O CARTÃO DO SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |

ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) ATLETA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_