**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_