



QUESTIONÁRIO MÉDICO TRIATHLON BRASIL 2021

A informação que aparece neste documento é de caráter confidencial e está protegida por segredo médico, destinado para o uso exclusivo do médico da minha equipe e ele/ela somente.

Qualquer revisão, distribuição ou cópia deste documento está estritamente proibido.

Nome:

Sobrenome:

Federação Nacional:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Antecedentes pessoais

Sim Não

1. Alguma vez desmaiou ou desmaiou fazendo exercício?
2. Alguma vez teve/sentiu pressão no peito?
3. Correr jamais lhe causou pressão no peito?
4. Alguma vez teve pressão no peito, tosse, taquicardia, que lhe fazia difícil a realização de esportes?
5. Alguma vez se tratou ou foi hospitalizado por asma?
6. Alguma vez teve uma convulsão?
7. Lhe disseram alguma vez que tem epilepsia?
8. Lhe disseram alguma vez que deve deixar a prática esportiva por problemas de saúde?
9. Lhe disseram alguma vez que tem pressão arterial alta?
10. Lhe disseram alguma vez que tem colesterol alto?
11. Teve problemas para respirar ou tossiu durante ou depois da atividade física?
12. Alguma vez se sentiu mareado durante ou depois do exercício?
13. Alguma vez teve dor no peito durante ou depois do exercício?
14. Tem ou teve alguma vez aceleração do coração ou arritmia?
15. Se cansa mais rápido que seus amigos durante o exercício?
16. Lhe disseram alguma vez que tem um sopro no coração?
17. Lhe disseram alguma vez que tem uma arritmia cardíaca?
18. Teve uma infecção viral grave (miocardite ou mononucleose) no último mês?
19. Lhe disseram alguma vez que tinha febre reumática?
20. Tem alguma alergia?
21. Está tomando algum medicamento na atualidade?
22. Tomou alguma medicação rotineira nos últimos dois anos?



Antecedentes familiares

Alguém em sua família menor de 50 anos de idade:

Sim Não

23. Morreu repente e de forma inesperada?

24. Foi tratado por desmaios recorrentes?

25. Teve problemas de convulsões inexplicáveis?

26. Teve afogamento inexplicável enquanto praticava natação?

27. Teve um acidente de carro sem explicação?

28. Teve um transplante de coração?

29. Teve implantado Marca-passos ou Desfibrilador?

30. Recebeu tratamento para batimentos cardíacos irregulares?

31. Teve uma cirurgia de coração?

32. Alguém na sua família experimentou morte súbita de recém-nascido (morte súbita)?

33. Alguém na sua família foi informado que tem síndrome de Marfan?

Certifico que toda a informação é verdadeira.

Assinatura do Atleta

**Assinatura do Pai
(menor de idade)**

Data