

## QUESTIONÁRIO MÉDICO BRASIL TRIATHLON 2024

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 já lhe causou pressão no peito?

4. Alguma vez teve pressão no peito, tosse, taquicardia, que prejudicava a realização de esportes?

5. Alguma vez se tratou ou foi hospitalizado por asma?

6. Alguma vez teve uma convulsão?

7. Já foi informado/a sobre ter epilepsia?

8. Já foi informado/a sobre a necessidade de deixar a prática esportiva por problemas de saúde?

9. Já foi informado/a sobre ter pressão arterial alta?

10. Já foi informado/a sobre ter 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. Sente cansaço mais rápido que seus amigos durante o exercício?
16. Já foi informado/a sobre ter sopro no coração?
17. Já foi informado/a sobre ter arritmia cardíaca?
18. Teve uma infecção viral grave (miocardite ou mononucleose) no último mês?
19. Já foi informado/a sobre ter febre reumática?
20. Tem alguma alergia?
21. Está tomando algum medicamento atualmente?
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 repentinamente?
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. Foi submetido/a a um transplante de coração?
29. Teve implantado Marca-passos ou Desfibrilador?
30. Recebeu tratamento para batimentos cardíacos irregulares?
31. Foi submetido/a a cirurgia de coração?
32. Sofreu morte súbita de recém-nascido?
33. Já foi informado/a sobre ter Síndrome de Marfan?

Certifico que toda a informação é verdadeira.

Assinatura do Atleta

Assinatura do Pai  
(menor de idade)

Data