**QUESTIONÁRIO DE SAÚDE**

(a ser preenchido ou respondido pelo Candidato)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | |
| Nome: Data de nascimento: Idade: | | |
| Local/Campus de exercício: | | |
| **ANTECEDENTES FAMILIARES** | | |
| *Alguém de sua família - pais, irmãos e avós, mesmo os falecidos - têm ou teve alguma (s) desta (s) doença (s)?* | | |
| **Pressão Alta** ( ) Não ( ) Sim | | **Diabetes** ( ) Não ( ) Sim |
| **Doenças do Coração** ( ) Não ( ) Sim | | **Doenças do Pulmão** ( ) Não ( ) Sim |
| **Colesterol alto** ( ) Não ( ) Sim | | **Triglicérides alto** ( ) Não ( ) Sim |
| **ANTECEDENTES PESSOAIS** | | |
| **Pratica atividade física regularmente?** ( ) Não ( ) Sim **Quais/Frequência:** | | |
| **Tabagismo (fumante)** ( ) Não ( ) Sim **Quantidade de cigarros/dia:** | | |
| **Ingere bebidas alcoólicas?** ( ) Não ( Sim)  **Frequência?** ( )Ocasional ( )1-2 x/sem ( )3-4 x/sem. ( )5-7 x/semana.  **Quantidade:** ( ) até 2 doses/sem ( ) 3-7 doses/sem ( ) mais de 7 doses/semana.  ( Uma dose corresponde, na média, a uma latinha de cerveja ou 350 ml de chope ou uma taça de vinho.) | | |
| **Está recebendo algum tratamento médico?** ( ) Não ( ) Sim **Qual?** | | |
|  | | |
| **Toma regularmente algum medicamento?** ( ) Não ( ) Sim **Qual/quais?** | | |
|  | | |
| **É portador de alguma deficiência?** ( ) Não ( ) Sim: Física ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Mental ( )  **Qual?** | | |
| **VOCÊ TEM:** | | |
| **Doença no Coração?** ( ) Não ( ) Sim  **Qual?** | **Doença nos Pulmões?** ( ) Não ( ) Sim  **Qual?** | |
| **Doença Neurológica?** ( ) Não ( )Sim  **Qual?** | **Convulsão ou desmaios?** ( ) Não ( ) Sim  **Qual?** | |
| **Tonturas frequentes?** ( ) Não ( )Sim | **Irritabilidade**  ( ) Não ( ) Sim | |
| **Muita ansiedade?** ( ) Não ( ) Sim | **Distúrbio do sono?** ( ) Não ( ) Sim | |
| **Algum problema ortopédico ou neurológico que provoque limitação física?** ( ) Não ( ) Sim  **Qual?** | | |
| **Você sente dores no peito, falta de ar ou tontura ao praticar atividade física?** ( ) Não ( ) Sim | | |
| **Você possui algum problema de saúde que acredite possa agravar sua saúde?**  ( ) Não ( ) Sim  **Qual/quais?** | | |

Assinatura do Candidato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Parecer Médico (CASP):** APTO ( ) INAPTO ( ) |
| **Observações:** |
|  |
| **Conduta:** |