



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO CEARÁ

**PRONTUÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ESTUDANTES ESPORTISTAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**

NOME: \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEXO: MASCULINO ( ) FEMININO ( )

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**RESPONDA O QUESTIONÁRIO ABAIXO:**

1-Algum médico já disse que você possui algum problema de coração? (miocardiopatia hipertrófica, miocardiopatia dilatada, canalopatias, arritmias, síndrome de Marfan)

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

2-Na sua família existem casos de morte súbita ou cardiopatia?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

3- Você sente dor ou desconforto precordial ao esforço ou em repouso

SIM ( ) NÃO ( )

4- Você sente dor no peito quando pratica atividade física?

SIM ( ) NÃO ( )

5- No último mês, você sentiu dor no peito quando praticou atividade física?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

6- Você já apresentou pré-síncope ou síncope (desmaio), principalmente se relacionada ao esforço?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

7- Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ou perda da consciência?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

8- Na sua família existem casos de cardiopatia, morte súbita prematura antes dos 50 anos ou arritmias cardíacas?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

9- Observa palpitações (falhas ou disparadas do coração) durante a realização de exercício?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

10- Já realizou alguma cirurgia no coração?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

11- Patologias já diagnosticadas:

História prévia de sopro cardíaco: SIM ( ) NÃO ( )

História prévia de hipertensão arterial: SIM ( ) NÃO ( )

História prévia de doença metabólica: SIM ( ) NÃO ( )

SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

12- Uso de substâncias para aumento de rendimento (p.ex esteróides anabolizantes):

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

13 - Você toma atualmente algum medicamento: anti-hipertensivos, anti-inflamatórios, anabolizantes, drogas ilícitas, consumo de álcool?

SIM ( ) NÃO ( )

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

14- É proveniente de zona endêmica para doença de Chagas:

SIM ( ) NÃO ( )

15- Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

16- Existe alguma outra razão pela qual você não deve realizar atividade física?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

17- Presença de familiares com doenças genéticas; miocardiopatia hipertrófica, miocardiopatia dilatada, canalopatias, arritmias, síndrome de Marfan

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

17- Já realizou cirurgia no coração?

SIM ( ) NÃO ( ) SE SIM, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

Declaro para para fins de direito, sob a pena da lei, que as informações acima prestadas por mim são verdadeiras e os documentos apresentados para a finalidade de avaliação física para a prática esportiva são verdadeiros e autênticos.

Fortaleza/Ceará, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do aluno: \_\_\_\_\_