



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: _____