

# ANAMNESE



Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg      Estatura: \_\_\_\_\_ m  
Fumante: (\_\_\_) sim    (\_\_\_) não.    Parou há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Presença de doenças (hipertensão, diabetes, epilepsia, cardiopatia, etc.):  
(\_\_\_) sim    (\_\_\_) não.    Quais? \_\_\_\_\_  
Medicação em uso: \_\_\_\_\_  
Intervenções cirúrgicas: (\_\_\_) sim    (\_\_\_) não.  
Quais? \_\_\_\_\_  
Lesões musculares e/ou articulares anteriores ou atuais: (\_\_\_) sim    (\_\_\_) não.  
Quais? \_\_\_\_\_  
Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_  
Pratica trail run há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Faz uso de suplemento alimentar? (\_\_\_) sim    (\_\_\_) não.  
Qual? \_\_\_\_\_  
Alergia (especifique): \_\_\_\_\_  
Acompanhamento médico (nome e telefone): \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

Em caso de emergência falar com: \_\_\_\_\_  
Contato telefônico: \_\_\_\_\_  
Plano de saúde (numeração): \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, reconheço que os dados descritos nesta anamnese é a expressão da verdade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do atleta