



Sport Club Internacional
Departamento de Avaliação Técnica e Captação



Questionário médico de avaliação pré-participação esportiva

Identificação

Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____			
Clube anterior: _____	Cidade de Origem: _____	Categoria: _____		
Telefone para contato: (____) _____	Pai, Mãe ou Responsável: _____			
Registro Geral (RG): _____	CPF: _____	Posição: _____		
Altura: _____	Peso: _____	Pé Dominante: _____	Cidade de Nascimento: _____	UF: _____
Endereço: _____	Cidade: _____	UF: _____		

Quando foi sua última consulta médica e por qual motivo? _____

Responda sim ou não as questões abaixo

SIM NÃO

1 Você teve alguma doença ou ferimento desde o seu último exame médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
2 Você tem alguma doença no momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
3 Você já foi internado em hospital? Porquê e quando: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Você já fez alguma cirurgia? Porquê e quando: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5 Você está tomando algum tipo de remédio ou pílula? Porquê e qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Você já tomou algum tipo de complemento, suplemento ou vitamina para: Ganhar ou perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Melhorar a performance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

7 Você tem algum tipo de alergia: a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
picadas de insetos, pó, pólem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
asma, bronquite ou chiado no peito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

8 Você já teve brotoejas ou urticárias durante ou após exercícios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Você já passou mal durante ou após exercícios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Você já desmaiou ou sentiu tonturas durante ou após exercícios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Você já sentiu dor no peito durante ou após exercícios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Você cansa mais rápido que seus amigos durante os exercícios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Você já sentiu palpitações, o coração disparar ou batimentos cardíacos irregulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
14 Você tem pressão (arterial) alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Você tem colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 Alguma vez um médico disse que você tinha sopro no coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

17 Algum familiar ou parente seu: #morreu de problemas do coração ou morte súbita antes dos 50 anos de idade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parentesco: _____
#tem diabetes ou açúcar no sangue alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parentesco: _____
#tem pressão alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parentesco: _____
#tem ou teve tumor ou câncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parentesco: _____
#tem ou teve reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parentesco: _____
#asma ou bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parentesco: _____

Rubricas do atleta, pai, mãe ou responsável



Sport Club Internacional
Departamento de Avaliação Técnica e Captação



Questionário médico de avaliação pré-participação esportiva

- | | SIM | NÃO | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 18 Algum médico já te proibiu ou limitou sua participação em esportes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Por quê? _____ |
| 19 Você tem ou teve alguma infecção no último mês? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| 20 Você tem algum problema de pele atualmente (brotoeja, fungo, acne, bolhas, coceira, verrugas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| 21 Você já teve algum ferimento ou traumatismo craniano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22 Você já foi nocauteado, ficou inconsciente ou perdeu a memória alguma vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| 23 Você já teve convulsão ou ataques epilépticos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 24 Você tem dores de cabeça frequentes ou muito fortes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 25 Você já teve dormência ou formigamentos em braços, mãos, pés ou pernas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| 26 Você já teve ardência, queimação ou retração dolorosa em algum nervo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| 27 Você fuma ou já fumou? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quantos anos? _____ |
| 28 Você já usou bebida alcoólica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 29 Você tem ou teve asma ou bronquite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 30 Você já usou nebulizador ou inalador (bombinha)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 31 Você usa algum equipamento corretivo (joelheiras, colar cervical, calçados ortopédicos, palmilhas, protetor de dentes, aparelhos de surdez)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____
Por quê? _____ |
| 32 Você tem algum problema de visão? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 33 Você usa óculos, lentes ou protetor ocular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 34 Seu peso está estável? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual é o seu peso? _____ Kg |
| 35 Você está contente com seu peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Quería pesar mais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Quería pesar menos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 36 Você faz alguma dieta para manter seu peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 37 Você se sente nervoso, ansioso, angustiado ou estressado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 38 Você já teve alguma lesão? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Qual e quando? _____ | | | Tempo de afastamento: _____ |
| Qual e quando? _____ | | | Tempo de afastamento: _____ |
| Qual e quando? _____ | | | Tempo de afastamento: _____ |
| 38 Alguma vez você teve torção, distensão ou inchaço (edema) em alguma articulação ou músculo após acidente no esporte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| 39 Você já fraturou algum osso ou luxou alguma articulação? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| 40 Você já teve algum problema de dor, inchaço (edema) em: | | | |
| #músculos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| #tendões? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| #ossos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |
| #articulações? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |



Sport Club Internacional
Departamento de Avaliação Técnica e Captação

Termo de Responsabilidade

Eu _____, _____, _____
(Nacionalidade) (Estado Civil)
_____, portador do RG número _____, do CPF _____,
(profissão)
_____, pelo menor _____, autorizo o mesmo a realizar
(Pai; Mãe ou Responsável)
no período de ___ a ___ de 201___, teste de admissão para as categorias de base do S C Internacional.

Declaro por este instrumento ser o responsável do menos, e estar investido de amplos poderes para prestar o compromisso ora assumido.

Declaro, ainda, estar ciente que a realização do teste não implica obrigação por parte do Sport Club Internacional, tendo ciência que o teste a ser aplicado visa apenas á avaliação técnica do menor, o qual poderá ou não, segundo critérios exclusivos do Sport Club Internacional, ser aprovado para integrar as categorias de base do S C Internacional.

Tenho conhecimento da natureza das atividades praticadas durante a realização do teste, declarando que o menor _____, está fisicamente e psicologicamente apto a praticar as atividades propostas pelos treinadores, conforme atestado medico anexo. (Imprescindível apresentação de atestado médico).

Declaro ter a ciência que o teste a ser realizado pelo menor _____ é de forma gratuita, ou seja, nenhuma das partes receberá qualquer valor para realização do mesmo, sendo que ocorrerão por minha exclusiva responsabilidade todos os custos necessários para realização do teste, tais como: alimentação, transporte, estadia, uniforme, assistência médica, etc.

Assumo, toda e qualquer consequência advinda de eventos danosos e/ou sinistros ocorridos durante a realização do teste, isentando o Spor Club Internacional de qualquer ato ou fato decorrente das responsabilidades referidas nesse termo.

Declaro que as respostas acima estão respondidas da forma mais completa e correta possível e, após ser informado dos procedimentos que serão realizados, estou de acordo em ser submetido ao exame medico.

Autorizo, ainda a utilização dos dados de minha avaliação, para fins de publicação em trabalhos científicos, preservando, no entanto minha identidade.

Porto Alegre, ___ de _____ de 20___.

Assinatura do Pai/Mãe ou Responsável

Menor