

Confederação Brasileira de Rugby

Brazilian Rugby Union

brasilrugby.com.br



Questionário Médico

Formulário de Informação Médica para Atletas de alta performance

Avaliação Médica 2018

Histórico

Nome _____ Data de

nascimento _____ RG: _____

Endereço: _____

Contato de Emergência:

Telefone (fixo) _____ (celular) _____ (e-mail) _____

Medicamentos e Alergias:

Lista de medicamentos e suplementos em uso: _____

Você tem alguma alergia?

1. Sim
2. Não

Se sim, por favor, identifique alergia específica a seguir.

1. Medicamentos
2. Comidas
3. Picada de insetos.

Confederação Brasileira de Rugby

Brazilian Rugby Union

brasilrugby.com.br



PERGUNTAS GERAIS

1. Alguma vez ja teve sua participação em esportes impedida por qualquer razão, exceto lesão?

2. Você está em tratamento de alguma doença? _____

Se sim for, por favor, identifique abaixo:

Anemia Asma Diabetes Hipertensão Arterial

De outros: _____

3. Alguma vez você já passou a noite no hospital?

4. Alguma vez você já fez alguma cirurgia? Qual? Quando?

PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE CARDÍACA

5. Alguma vez você já passou mal ou quase desmaiou durante ou após o exercício?

6. Você já teve desconforto, dor, sensação de aperto, ou pressão no peito durante o exercício?

7. Você costuma sentir seu coração muito acelerado ou descompassado (batidas irregulares) durante o exercício?

Confederação Brasileira de Rugby

Brazilian Rugby Union

brasilrugby.com.br



18. Você já teve alguma luxação articular (a articulação saiu do lugar)?

19. Alguma vez você já teve uma fratura por estresse?

20. Você tem um osso, músculo, ou lesão articular que te incomoda atualmente?

21. Você tem alguma história de artrite juvenil ou reumatismo?

PERFUNTAS SOBRE SUA SAÚDE GERAL

22. Você tosse, tem sibilos, ou dificuldade para respirar durante ou após o exercício?

23. Você já usou um inalador ou toma medicamento para a asma?

24. Existe alguém na sua família que tem asma?

25. Você tem dor na virilha ou uma protuberância dolorosa ou hérnia na região da virilha?

26. Alguma vez você já teve uma lesão na cabeça ou concussão?

Confederação Brasileira de Rugby

Brazilian Rugby Union

brasilrugby.com.br



27. Você tem um histórico de convulsões?

28. Você tem dores de cabeça com o exercício?

29. Você ou alguém em sua família têm anemia ou traço falciforme?

30. Você tem quaisquer preocupações que você gostaria de discutir com um médico?

Declaro que todas as informações acima providenciadas são válidas e corretas e me responsabilizo totalmente por qualquer omissão ou informação incorreta. Aceito também que o meu questionário médico seja analisado pelo departamento médico da CBRu me sujeitando voluntariamente a qualquer exame/investigação extra que seja exigido pelo referido departamento.

Data: _____ Local: _____

Assinatura