



Declaração Médica de Atleta Convocado

Serviço Médico da Confederação Brasileira de Remo

Responsável: Roger Azevedo de Otero, CRM/SC 6325

Este documento permite que a CBR faça um acompanhamento periódico da saúde de seus atletas, além de ser uma exigência da FISA para participação em campeonatos internacionais. Todas as informações aqui contidas são tratadas com sigilo e só podem ser acessadas pela equipe médica da CBR.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:	Clube:	
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Data de Nascimento:	Sexo:	CPF:
Email:		
Telefone Casa:	Celular:	
Contato de Emergência 01:		
Relacionamento:	Telefone:	
Contato de Emergência 02:		
Relacionamento:	Telefone:	
Plano de Saúde (empresa/número):		
Médico de Família (nome, número de telefone):		

ANTECEDENTES

AS PERGUNTAS ABAIXO SOLICITAM INFORMAÇÕES A RESPEITO DE SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL

Qual é o seu esporte principal? (esporte/posição)

Qual é a sua origem étnica?

Quando foi a última vez que você realizou um exame físico completo?

No total, quantos dias você faltou de treino ou competição no ano passado por causa de uma lesão ou doença?

SIM NÃO Você participou de outros esportes no passado (incluindo esportes que você praticou de forma competitiva)?

SIM NÃO Você tem convicções religiosas que podem afetar o seu tratamento médico?

SIM NÃO Você alguma vez já foi reprovado em um exame pré-competição ou deixou de participar em algum esporte ou evento esportivo por indicação médica? Cite o motivo.

CORAÇÃO

VOCÊ JÁ TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS CARDÍACOS OU PROBLEMAS DE CIRCULAÇÃO?

SIM NÃO Dor no peito, desconforto ou pressão torácica ao praticar exercícios?

SIM NÃO Desmaio inexplicável ou sem motivos durante ou após praticar exercícios?

SIM NÃO Falta excessiva ou inexplicável de ar, tonturas ou fadiga ao praticar exercícios?

SIM NÃO Você fica mais cansado ou com falta de ar mais rápido do que os seus amigos durante um exercício?

SIM NÃO O seu coração dispara ou apresenta batidas irregulares durante a prática de exercícios?

SIM NÃO Você já apresentou sopro cardíaco, pressão arterial alta, colesterol elevado, infecção ou inflamação cardíaca, febre reumática, problemas na válvula cardíaca ou qualquer outro problema cardíaco?

SIM NÃO Alguma vez você já sofreu um ataque inexplicável?

SIM NÃO Apresentou problemas em testes de coração (eletrocardiograma, ecocardiograma)?

HISTÓRICO FAMILIAR

ALGUM DE SEUS FAMILIARES TÊM HISTÓRICO DE QUALQUER UMA DAS SEGUINTE CONDICÇÕES (EM PARENTES DO SEXO MASCULINO COM MENOS DE 55 ANOS E PARENTES DO SEXO FEMININO COM MENOS DE 65 ANOS):

- SIM NÃO Morte súbita sem razão aparente (incluindo afogamento, acidente de carro inexplicável ou síndrome da morte súbita infantil)?
- SIM NÃO Desmaios inexplicáveis, convulsões ou sensação de afogamento?
- SIM NÃO Morreu antes dos 50 anos de idade devido a doenças cardíacas?
- SIM NÃO Deficiência ou sintomas de doença cardíaca antes dos 50 anos?
- SIM NÃO Outros problemas cardíacos, incluindo problemas elétricos (arritmia) ou aumento do coração, cardiomiopatia, cirurgia cardíaca, marca-passo ou defibrilador?
- SIM NÃO Pressão arterial elevada ou colesterol elevado?
- SIM NÃO Síndrome de Marfan?
- SIM NÃO Distúrbio hemorrágico, traço falciforme ou anemia falciforme?
- SIM NÃO Tuberculose ou hepatite?
- SIM NÃO Reação ou problemas relacionados a anestesia?
- SIM NÃO Outra condição, como acidente vascular cerebral, diabetes, câncer, artrite? Descrever.
- SIM NÃO Você tem certeza do seu histórico familiar?

HISTÓRICO MÉDICO

VOCÊ TEM OU JÁ TEVE QUAISQUER SINTOMAS DE PROBLEMAS MÉDICOS, TAIS COMO:

- SIM NÃO Mononucleose, sintomas gripais ou doença viral no mês passado?
- SIM NÃO Doenças das orelhas (infecções, perda, dor auditiva), nariz (espirros, prurido nasal, sinusite, nariz entupido) ou garganta (garganta inflamada, voz rouca, secreção, gânglios inchados no pescoço, halitose)?
- SIM NÃO Doenças do sangue, como a anemia, baixas reservas de ferro, traço falciforme ou anemia falciforme, sangramento anormal ou coagulação, coágulo de sangue (embolia) ou outra doença do sangue?
- SIM NÃO Sistema imunológico, incluindo infecções atuais, infecções recorrentes, HIV/AIDS, leucemia, ou você está usando qualquer medicação imunossupressora?
- SIM NÃO Problemas de pele, tais como erupções cutâneas, infecções (fungos, herpes, MRSA) ou outros problemas de pele?
- SIM NÃO Doenças do rim ou bexiga, sangue na urina, dor lombar, pedra nos rins, micção freqüente ou queimação ao urinar?
- SIM NÃO Doença gastrointestinal, incluindo azia, náuseas, vômitos, dor abdominal, perda ou ganho de peso (>5 kg), uma mudança nos hábitos intestinais, diarreia crônica, sangue nas fezes ou antecedentes de doenças no fígado, pâncreas ou vesícula biliar?
- SIM NÃO Sistema nervoso, incluindo histórico de acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório (TIA), dores de cabeça frequentes ou severas, tonturas, desmaios, epilepsia, depressão, ataques de ansiedade, fraqueza muscular, formigamento nervo, perda de sensação, câibras musculares ou fadiga crônica?
- SIM NÃO Doença metabólica ou hormonal incluindo diabetes mellitus, distúrbios da tireóide ou hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue)?
- SIM NÃO Infecções como a meningite, hepatite (icterícia) ou catapora?
- SIM NÃO Artrite ou dores nas articulações, inchaço e vermelhidão não relacionados com alguma lesão?
- SIM NÃO Você nasceu sem, ou você está sem um rim, um olho ou qualquer outro órgão?
- SIM NÃO Tem prejuízo com quaisquer órgãos internos, como o fígado, baço, rim ou pulmão?
- SIM NÃO Alguma vez você já fez cirurgia? Explique.
- SIM NÃO Você sente mal estar durante movimento (carro, ar ou mar)?
- SIM NÃO Você tem outros problemas médicos?
- SIM NÃO Você tem quaisquer condições médicas em curso ou doença?

CALOR

AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO SOBRE EXERCÍCIOS NO CALOR

- SIM NÃO Você alguma vez ficou doente durante o exercício no calor?
- SIM NÃO Você já foi diagnosticado com exaustão pelo calor, insolação ou hipertermia?
- SIM NÃO Você apresenta câibras musculares frequentes durante o exercício?
- SIM NÃO Alguma vez você já teve desequilíbrio de fluidos (desidratação) ou eletrólitos (sal)?

NUTRIÇÃO

AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE NUTRIÇÃO

PESO ATUAL:

ALTURA (SEM SAPATOS):

NÚMERO DO SAPATO:

- SIM NÃO Você se preocupa com o seu peso e com a sua composição corporal?
- SIM NÃO Você está satisfeito com o seu padrão de dieta?
- SIM NÃO Você é vegetariano?
- SIM NÃO Você perde peso para atender às exigências de peso para seu esporte?
- SIM NÃO Será que o seu peso afeta a maneira que você se sente sobre si mesmo?
- SIM NÃO Você se preocupa que perdeu o controle sobre quanto você come?
- SIM NÃO Você se sente cheio ou desconfortável quando come demais?
- SIM NÃO Você come em segredo ou escondido?
- SIM NÃO Você atualmente sofre ou já sofreu no passado com algum transtorno alimentar?

MEDICAMENTOS

AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO SOBRE MEDICAMENTOS E SUPLEMENTOS QUE VOCÊ TOMA REGULARMENTE OU TOMOU ATÉ O MÊS PASSADO

- SIM NÃO Medicamentos que tenham sido receitados por um médico (incluindo insulina, injeções ou comprimidos para alergia, pílulas para dormir, medicamentos anti-inflamatórios, etc.)?
- SIM NÃO Medicamentos não sujeitos a receita (incluindo analgésicos, anti-inflamatórios, etc.)?
- SIM NÃO Suplementos vitamínicos e minerais ou ervas medicinais?
- SIM NÃO Outra substância para melhorar seu desempenho atlético (incluindo substâncias como creatina, produtos para ganho de peso, aminoácidos, ácidos, etc.)?
- SIM NÃO Alguém já ofereceu ou incentivou o uso de drogas ou substâncias proibidas para melhorar o seu desempenho?

IMUNIZAÇÃO

INDIQUE QUAIS IMUNIZAÇÕES VOCÊ RECEBEU

- SIM NÃO Tétano/Difteria (Td ou dTpa)? Última dose?
- SIM NÃO Sarampo / Caxumba / Rubéola (2 doses)?
- SIM NÃO Catapora (varicela)?
- SIM NÃO Meningite (Menimune ou Menactra)?
- SIM NÃO Hepatite A (2 doses)?
- SIM NÃO Hepatite B (3 doses)?
- SIM NÃO Malária?
- SIM NÃO Você já fez um teste de TB (PPD)? Resultado:
- SIM NÃO Você fez alguma outras imunização? Cite.

CABEÇA E PESCOÇO

VOCÊ JÁ TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS RELACIONADOS COM A SUA CABEÇA OU PESCOÇO?

- SIM NÃO Lesão ocular ou outros problemas com a sua visão?
- SIM NÃO Dores de cabeça com o exercício?
- SIM NÃO Alguma vez você já teve dormência, formigamento ou fraqueza nos braços e pernas ou ficou incapaz de mover seus braços ou pernas depois de ser atingido ou cair?
- SIM NÃO Você tem, ou fez radiografias para, instabilidade no pescoço (atlantoaxial)?
- SIM NÃO Você já teve uma lesão em seus dentes?
- SIM NÃO Você tem dentes cariados, perdidos ou obturados?
- SIM NÃO Você usa uma prótese dentária ou aparelho?
- SIM NÃO Você já removeu seus dentes do siso?

FERIMENTOS

VOCÊ JÁ TEVE UM PROBLEMA OU UMA LESÃO COMO UMA ENTORSE, TENSÃO, MÚSCULO OU LIGAMENTO PARTIDO, OU TENDINITE, OSSO QUEBRADO, FRATURA POR ESTRESSE OU LESÃO ARTICULAR (QUE LHE CAUSOU A PERDER UM TREINO OU COMPETIÇÃO) PARA QUALQUER UMA DAS SEGUINTEZ ÁREAS DO SEU CORPO?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Pescoço ou coluna vertebral |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Parte superior das costas (coluna torácica) |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Parte inferior das costas (coluna lombar) |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Peito e costelas |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Área do ombro (incluindo clavícula) |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Alguma parte superior do braço |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Cotovelo |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Braço inferior (antebraço) |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Pulso |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Mãos ou dedos |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Pélvis, virilha ou quadril (incluindo hérnia de esportes) |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Coxa (incluindo isquiotibiais e quadríceps) |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Joelho |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Parte inferior da perna (panturrilha) |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Tornozelo |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Pé, calcanhar ou dedos dos pés |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Alguma vez você já teve uma lesão no seu rosto, cabeça, crânio ou cérebro (incluindo uma concussão, confusão, perda de memória ou dor de cabeça por um golpe na cabeça, ou ficou tonto?) |

EQUIPAMENTO

ASSINALE SE VOCÊ USA ALGUM DOS EQUIPAMENTOS DESCRITOS ABAIXO

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Você usa óculos ou lentes de contato? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Você usa óculos de proteção? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Equipamento especial (almofadas, cintas, etc.)? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Protetor de boca para esportes? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Se você usa um capacete para esportes, quanto velho é? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Você usa algum outro equipamentos de proteção? |

OUTROS TRATAMENTOS

SE AINDA NÃO MENCIONADO, VOCÊ JÁ RECEBEU ALGUM DOS SEGUINTEZ TRATAMENTOS PARA QUALQUER TIPO DE CONDIÇÃO?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Cirurgia? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Foi prescrita uma cinta, suporte atlético, tratamento ortopédico, muletas ou outro aparelho? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Injeção de cortisona? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Foi prescrita alguma reabilitação ou terapia? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Alguma vez você já passou a noite em um hospital ou internado em um hospital como paciente ou ambulatorialmente? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Foi encaminhado para um médico especialista (cardiologista, neurologista ou outra pessoa médica) para qualquer condição não mencionada? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Se ainda não mencionado acima, você teve quaisquer outros testes, para qualquer lesão ou condição, incluindo exames de sangue, raios-x, ressonância magnética, tomografia computadorizada, cintilografia óssea, ultrassonografia, eletroencefalograma (EEG), eletromiograma (EMG), estudos de condução nervosa (NCS), eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECO), teste ergométrico ou outros exames? |

ALERGIAS

VOCÊ TEM ALGUMA ALERGIA?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Medicamentos? |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | Qualquer outra coisa (alimentos, pólen, picadas de insetos, qualquer material vegetal ou qualquer material animal)? |

RESPIRAÇÃO

VOCÊ JÁ TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS?

- SIM NÃO Você tem asma?
- SIM NÃO Você tem outros sintomas de de doenças respiratórias (pulmões), incluindo chiado, tosse, gotejamento pós-nasal, febre do feno, ou gripe repetitiva?
- SIM NÃO Você tem tosse, chiado ou dificuldade para respirar mais do que deveria durante ou após o exercício?
- SIM NÃO Você já usou medicação para a asma (como um inalador)?
- SIM NÃO Alguma vez você já teve bronquite, pneumonia, tuberculose, fibrose cística ou outro problema respiratório?

QUESTIONÁRIO FEMININO

ESTAS PERGUNTAS SÃO APENAS PARA AS MULHERES

- SIM NÃO Você já menstruou?
- SIM NÃO Qual era a sua idade em seu primeiro ciclo menstrual?
- SIM NÃO Você tem ciclos menstruais regulares?
- SIM NÃO Quantos ciclos menstruais você teve no último ano?
- SIM NÃO Quando foi a data da sua última menstruação?
- SIM NÃO Você já teve uma fratura por estresse no passado?
- SIM NÃO Você já foi identificada como tendo um problema com os seus ossos tais como a baixa densidade óssea (osteopenia ou osteoporose)?
- SIM NÃO Você está atualmente tomando qualquer hormônio feminino (estrogênio, progesterona ou pílulas anticoncepcionais)?
- SIM NÃO Alguma vez você já teve uma doença sexualmente transmissível, como a gonorreia, sífilis, verrugas venéreas, clamídia ou outra infecção?

QUESTIONÁRIO MASCULINO

ESTAS PERGUNTAS SÃO APENAS PARA OS HOMENS

- SIM NÃO Você tem dois testículos normais?
- SIM NÃO Alguma vez você já teve uma hérnia ou inchaço ao redor do testículo (varicocele, hidrocele)?
- SIM NÃO Alguma vez você já teve uma lesão testicular?
- SIM NÃO Alguma vez você já fez uma cirurgia para um problema de testículo retido ou lesão testicular?
- SIM NÃO Alguma vez você já teve uma doença sexualmente transmissível, como a gonorreia, sífilis, verrugas venéreas, clamídia ou outra infecção?

DISCUTIR

- SIM NÃO VOCÊ TEM QUAISQUER OUTRAS PREOCUPAÇÕES QUE GOSTARIA DE DISCUTIR COM O MÉDICO?
EXPLIQUE RESPOSTAS "SIM" NO ESPAÇO ABAIXO:

Declaro que, tanto quanto é do meu conhecimento, minhas respostas para as perguntas acima são completas e corretas.

Assinatura do Atleta:

Data:

Assinatura dos pais ou representante legal (se necessário):

AVALIAÇÃO CLÍNICA (preenchida pela médico da CBR)

Médico Examinador:	CRM:
Email:	Telefone:
Assinatura:	Data :

AVALIAÇÃO FÍSICA

ESPECIFICAR QUANDO FOR ANORMAL

Aparência	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Olhos, Ouvidos, Nariz, Garganta	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Audição	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Nódulos Linfáticos	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Pulmões	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Abdômen	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Geniturinária (em homens)	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Pele	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL

CORAÇÃO

ESPECIFICAR QUANDO FOR ANORMAL

Ritmo	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Sons do coração, Murmúrios em supina e em pé	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Edema periférico	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Estigmas da Síndrome de Marfan	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL

VASOS SANGUÍNEOS

ESPECIFICAR QUANDO FOR ANORMAL

Pulsos periféricos	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Atraso em pulsos femorais	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Sopros vasculares (femorais)	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Varizes	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL

PRESSÃO ARTERIAL

APÓS 5 MINUTOS DE DESCANSO EM POSIÇÃO SENTADO

Braço direito	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Braço esquerdo	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL
Frequência cardíaca	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ANORMAL

DENTAL

ÍNDICE DMF (NÚMERO DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS OU OBTURADOS):

Avaliação Higiene Oral	<input type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> RUIM
Infecção oral visível	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Presença de dentes móveis, gastos, soltos ou quebrados	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Aparelhos dentários (ponte, placa, cintas ou aparelho ortodôntico)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

OLHOS

ESPECIFICAR QUANDO FOR ANORMAL

Acuidade Visual NORMAL ANORMAL

Corrigida e Não corrigida

Pupilas iguais e reflexo pupilar NORMAL ANORMAL

MUSCULOESQUELÉTICO

ESPECIFICAR QUANDO FOR ANORMAL

Pescoço NORMAL ANORMAL

Costas NORMAL ANORMAL

Ombro / Braço NORMAL ANORMAL

Cotovelo / Antebraço NORMAL ANORMAL

Pulso / Mão / Dedos NORMAL ANORMAL

Hip / Coxa NORMAL ANORMAL

Joelho NORMAL ANORMAL

Perna/Tornozelo NORMAL ANORMAL

Pé / Dedos dos pés NORMAL ANORMAL

INVESTIGAÇÕES

ECG, ESPECIFICAR SE NECESSÁRIO

Normal / Sem alterações

Alterações comuns e relacionadas ao treinamento

Alterações incomuns e não relacionadas ao treinamento

EXAMES DE SANGUE

ESPECIFICAR OS RESULTADOS

Hemoglobina Hematócrito

Eritrócitos Trombócitos

Leucócitos Ferritina

Sódio Potássio

Creatinina Colesterol Total

Colesterol LDL Colesterol HDL

Triglicérides Glicose

Proteína C-Reativa

RESULTADO

O atleta não apresenta contra indicações clínicas para praticar os seguintes esportes:

SIM NÃO

SE A RESPOSTA À QUESTÃO FOR NÃO, RECOMENDA-SE QUE O ATLETA:

Evite participar:

SIM NÃO No treinamento

SIM NÃO Em competição

Respeite as seguintes restrições:

SIM NÃO Durante o treinamento

SIM NÃO Durante a competição

Explicar:

Indicação de novos exames:
