

PROJETO EXERCÍCIO FÍSICO - USP - ANAMNESE

Nome: _____
 ID: _____ Data: ____/____/____
 Endereço: _____ Número: _____
 Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Telefone Residencial: _____ Telefone para Recados: _____
 Telefone do plano de saúde: _____
 Grau de Escolaridade: _____ Raça: _____

- | | |
|---|---|
| P | A |
| | |
1. Você costuma sentir:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tontura. | <input type="checkbox"/> Falha no coração. |
| <input type="checkbox"/> Desmaios. | <input type="checkbox"/> Escurecimento da vista. |
| <input type="checkbox"/> Dor no peito. | <input type="checkbox"/> Taquicardia (batedeira no peito). |
| <input type="checkbox"/> Falta de ar (canseira no peito, cansa fácil). | |
2. Você tem problema cardíaco (ataque, cirurgia ou doença cardíaca)? [] []
 Não Sim. Qual? _____
3. Sexo: _____ Idade: _____ anos. [X] []
4. Você possui pais, irmãos ou avós que tiveram ou têm problemas cardíacos? [] []
 Não Sim. Quem? _____ O quê? _____
5. Você possui pais, irmãos ou avós que têm hipertensão? [] []
 Não Sim. Quem? _____
6. Você possui pais, irmãos ou avós que têm diabetes mellitus? [] []
 Não Sim. Quem? _____
7. Você tem hipertensão? [] []
 Não Sim
8. Você tem diabetes mellitus? [] []
 Não Sim
9. Você tem colesterol alto? [] []
 Não Sim
10. Você é fumante? [] []
 Não Sim Ex-fumante. Parou há quanto tempo? _____
11. Você possui algum tipo de problema mioarticular (lesão de natureza articular ou muscular, por exemplo: Artrite, artrose, dores musculares constantes, etc.)? [] []
 Não Não sei Sim. Descreva: _____
12. Você possui algum tipo de problema ósseo, como osteopenia ou osteoporose? [] []
 Não Sim
13. Você já teve alguma fratura? [] []
 Não Sim. Local (s) da fratura? _____ Há quanto tempo? _____

