

**FEDERAÇÃO DE TAEKWONDO OLÍMPICO DO DISTRITO FEDERAL**

Fundada em 14 de Dezembro de 1999

Filiada a Confederação Brasileira de Taekwondo - CBTKD

**FICHA DE ANAMNESE
COMPETIDOR DE RENDIMENTO DE TAEKWONDO**

Nome:

--

CI/RG Nº.

Data de Nascimento

Altura

Peso

--	--	--	--

Endereço:

Cidade:

--	--

Telefones Fixo

Telefones Cel.

E-mail

--	--	--

Agremiação de treina

Professor/Mestre:

Graduação

Tempo de treino

--	--	--	--

Em caso de acidentes ou emergências contatar

Telefone

--	--

Pai:

--	--

Mãe:

--	--

Tipo Sangüíneo (Marque com X)

Fator Rh

A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	AB	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	RH+	<input type="checkbox"/>	RH-	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	----	--------------------------	---	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

PREENCHA O FORMULÁRIO DESTA FICHA COM A MAIOR FIDELIDADE POSSÍVEL. LEIA CUIDADOSAMENTE E RESPONDA (com X) A DOENÇA QUE JÁ TEVE OU TEM, E COM QUAL IDADE.

Doença	x	Idade	Doença	x	Idade
ASMA			MALÁRIA		
BRONQUITE			PNEUMONIA		
CACHUMBA			REUMATISMO		
CATAPORA			RUBÉOLA		
COQUELUCHE			SARAMPO		
DENGUE			PROBLEMAS CARDÍACOS		
DEPRESSÃO			ICTERÍCIA		
DIABETES			PRESSÃO ALTA		
ENXAQUECA			ANEMIA		
EPILEPSIA			PROBLEMAS NERVOSOS		
FEBRE AMARELA			HEPATITE		
FEBRE REUMÁTICA			HEPÁTICO		
HIV			OUTRAS		
RENAL			1		
RESPIRATÓRIO			2		
REUMATISMO			3		
TUBERCULOSE			4		

Já sofreu alguma operação?(Por exemplo: olhos, ouvido, garganta, joelho, etc.) Qual ou Quais?

--

Teve alguma fratura? Qual ou Quais?

--



FEDERAÇÃO DE TAEKWONDO OLÍMPICO DO DISTRITO FEDERAL

Fundada em 14 de Dezembro de 1999

Filiada a Confederação Brasileira de Taekwondo - CBTKD

Teve alguma lesão muscular ou de ligamento? Qual ou Quais?

--

Teve ou tem algum tratamento fisioterapêutico? Qual ou Quais?

--

Tem alguma alergia? Enumere-as

1	2	3	4
---	---	---	---

Tem alergia a algum medicamento, anestésico ou substância?

--

Está em tratamento médico? Qual o motivo?

--

Faz uso de Medicamentos? Quais?

--

Saúde Geral

Durante os últimos dois anos recebeu algum tratamento médico?

Em que especialidade?	Nome do médico?
-----------------------	-----------------

Já teve hospitalizado? Por quê?

Quando?

Quanto tempo?

--	--	--

Toma medicamentos? Quais?

--

Costuma sangrar muito quando se machuca? Em caso positivo demora a cicatrizar?

--

Já fez transfusão de sangue?

Você fuma? Quantos cigarros/dia?

--	--

Toma bebidas alcoólicas frequentemente?

--

Costuma sentir tontura ou ter desmaio?

--

Tem fobias?

Problemas alimentares?

--	--

Está grávida? Quanto tempo?

--

Sente mobilidade nos dentes?

Mastiga dos dois lados da boca?

--	--

Seus dentes doem? Quando?

--

Sente mau gosto?

Mau hálito?

Quando?

--	--	--

Os alimentos se prendem entre os dentes?

Usa fio dental?

--	--

Que tipo de escova usa?

Quantas vezes escova por dia?

--	--

Sua gengiva sangra com facilidade?

Já tratou?

--	--

Morde lábios?

Morde Objetos?

Roe unhas?

--	--	--

Respira normalmente pelo nariz?

Respira normalmente pela boca?

--	--



FEDERAÇÃO DE TAEKWONDO OLÍMPICO DO DISTRITO FEDERAL

Fundada em 14 de Dezembro de 1999

Filiada a Confederação Brasileira de Taekwondo - CBTKD

Range os dentes quando dorme?	Costuma apertar os dentes?
Ao abrir a boca sente dificuldade?	Dor ou Ruído?
Sente dor na articulação, face, ouvido?	
Já foi afastado de competição por ter sofrido algum tipo de trauma competindo?	
Que tipo?	Quanto tempo?
Tem atestado de saúde para a prática da modalidade DO TKD? Validade?	
Tem ou teve algum outro problema de saúde não mencionado neste questionário ou alguma outra informação que julgue importante?	

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras.

Data: Brasília/DF ____/____/____.

Assinatura do atleta ou responsável