

QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____

Profissão: _____ Nº Utente: _____

HISTORIAL DESPORTIVO

1. Pratica mais algum tipo de actividade física, para além da natação?

SIM NÃO Se respondeu SIM, diga qual: _____

2. Pratica natação à quanto tempo?

Menos de 1 ano Entre 1 e 3 anos Mais de 3 anos

3. Sente-se bem na água? SIM Não

4. O que o (a) trouxe à natação? _____

QUESTÕES MÉDICAS

1. Já fez alguma vez uma prova de esforço? SIM NÃO

2. Tem algum tipo de problema cardíaco? SIM NÃO

Se respondeu SIM, Qual? BRADICARDIA TAQUICARDIA HIPERTENSÃO

OUTRO Qual? _____

2. Possui algum tipo de alergia respiratória? SIM NÃO

ASMA BRONQUITE RINITE SINUSITE

OUTRO Qual? _____

4. É diabético? SIM NÃO

5. É epilético? SIM NÃO

6. É fumador? SIM NÃO

7. Sofre de incontinência urinária ou tem problemas renais? SIM NÃO

8. Sofre de algum tipo de problema na coluna vertebral? SIM NÃO

Se respondeu SIM, Qual? LORDOSE CIFOSE ESCOLIOSE OUTRO

Qual? _____

9. Sofre de algum tipo de reumatismo? SIM NÃO

10. Sofre de osteoporose? SIM NÃO

11. Costuma usar algum tipo de medicamento regular? SIM NÃO

Se respondeu SIM, qual e para quê? _____