

QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE INFANTIL

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____

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

Ano de escolaridade que frequenta: _____ Nº Utente: _____

HISTORIAL DESPORTIVO

1. Pratica mais algum tipo de actividade física? SIM NÃO

Se respondeu SIM, há quanto tempo? E qual? _____

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

2. Já praticou natação? SIM Não Se respondeu SIM, em que piscina?

3. Sente-se bem na água? SIM Não

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

QUESTÕES MÉDICAS

1. 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? _____

3. É diabético? SIM NÃO

4. É epilético? SIM NÃO

5. Sofre de algum problema nos olhos ou nos ouvidos? SIM NÃO

Se respondeu SIM, qual? _____

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

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

Se respondeu SIM, qual? LORDOSE CIFOSE ESCOLIOSE OUTRO

Qual? _____

8. Sofre de algum tipo de reumatismo? SIM NÃO

9. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica? SIM NÃO

Se respondeu SIM, qual e porquê? _____

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

Se respondeu SIM, qual e para quê? _____