



ANAMNESE – VENTOS DO LITORAL

NOME: IDADE: SEXO: CATEGORIA: IDENTIFICAÇÃO CBC/RG: EQUIPE: TELEFONE: EMAIL:	Data da Entrevista:
ENTREVISTADOR:	PROVA: ESTRADA () CONTRA RELOGIO () PROVA DE MTB ()

QUESTOES GERAIS

1. Você teve COVID-19?
2. SIM () NÃO ()
3. - Alguém do seu convívio teve COVID-19 ?
4. SIM () NÃO ()
5. Você está apresentando os sintomas clássicos/suspeitos da COVID-19 ?
6. SIM () NÃO ()
7. Alguém do seu convívio está apresentando os sintomas clássicos/suspeitos da COVID-19 ?
8. SIM () NÃO ()
9. EM CASO DE ALGUMA RESPOSTA POSITIVA, o atleta deve complementar...
10. Você está se sentindo bem para retornar à prática esportiva ?
11. SIM () NÃO ()
12. Você teve alguma doença neste período de pandemia ?
13. SIM () NÃO ()
14. Você ou alguém do seu convívio diário precisou ir a algum hospital neste período de pandemia ?
SIM () NÃO ()
15. Você faz algum tratamento médico e quer nos contar ? ?
SIM () NÃO ()
16. Você faz uso de algum medicamento e quer nos contar ? ?
SIM () NÃO ()
17. Você sabe dos cuidados antidopagem com relação ao uso de medicamentos que deve adotar? ?
SIM () NÃO ()



18. Você ou alguém do seu convívio diário tem usado transporte coletivo ? ?
SIM () NÃO ()

19. Você ou alguém do seu convívio diário tem usado elevador ? ?
SIM () NÃO ()

20. Você ou alguém do seu convívio diário tem ido ao supermercado - feira - banco - farmácia - padaria neste período de pandemia ? ?

21. SIM () NÃO ()

QUESTOES ESPECIFICAS

a - Está com, ou teve febre ?

b - Está com, ou teve tosse ?

c - Está com, ou teve dor na cabeça?

d - Está com, ou teve dificuldade respiratória ?

e - Está com, ou teve fraqueza ?

f - Com relação ao paladar e olfato, algum problema ?

Assinatura do atleta/ responsável