

Anexo D

FICHA DE ANAMNESE DIRIGIDA PARA O PERÍODO DE ADPTAÇÃO

1. Você pratica regularmente atividades físicas?

Não

Sim Que atividade(s) realiza? _____
Frequência Semanal: _____ Duração diária da(s) atividade(s) _____

2. Sobre seu condicionamento físico, pode-se dizer que você é:

sedentário pouco ativo ativo muito ativo atleta

3. Sobre sua condição natatória, pode-se dizer que você:

não sabe nadar nada com dificuldade nada com estilo é atleta

4. Em relação à sua fluuabilidade, você consegue se manter no meio aquático, durante 10 minutos, sem nenhum suporte, apoio ou auxílio, com a cabeça elevada e o corpo na posição vertical?

Sim Não

5. Se ocorresse um teste hoje, para avaliar o seu condicionamento físico, você preferiria:

correr caminhar

6. Possui histórico familiar de doença(s)? Caso afirmativo, qual(is) doença(s) e grau de parentesco (aplica-se a avô, avó, pai, mãe, irmãos)?

7. Faz uso contínuo e regular de algum tipo de medicação? Caso afirmativo, qual(is)?

8. Fez uso recente, nos últimos 10 dias, de algum medicamento? Caso afirmativo, qual(is) ?

9. Faz uso constante ou fez uso recente, nos últimos 30 dias, de algum tipo de alimento para praticantes de atividade física (aminoácidos, whey protein, creatina etc), energéticos, termogênico (substância para reduzir a gordura corporal) ou esteróides anabolizantes? Se afirmativo, qual(is), em que época e por quanto tempo?

10. Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, assinale o que mais se aproxima do seu hábito. Sua frequência de uso é:

diária 4 a 6 vezes por semana 2 a 3 vezes por semana 1 vez por semana
 1 a 2 vezes por mês nunca

A quantidade ingerida, a cada frequência de uso, habitualmente, é:

1 a 3 doses 4 a 6 doses mais de 6 doses

11. Quanto ao fumo, assinale o que mais se aproxima do seu hábito.

Sua frequência de uso é:

diária 4 a 6 vezes por semana 2 a 3 vezes por semana 1 vez por semana
 1 a 2 vezes por mês nunca

A quantidade de cigarros fumados, a cada frequência de uso, é:

1 a 3 4 a 6 6 a 10 10 a 20 acima de 20

12. No momento você tem alguma restrição de saúde para a prática de atividade física?

Não

Sim. Qual(is)? _____

13. Já teve alguma restrição à prática de atividade física? Caso afirmativo, qual(is) e quando ocorreu?

14. Quantas horas, habitualmente, você dorme por noite?

15. Espaço reservado para pequeno comentário que, porventura, tenha interesse de fazer quanto à sua condição física e de saúde atual.

Declaro que prestei todas as informações com a mais absoluta liberdade e verdade.

(Local e Data)

(Nome Completo)

(Assinatura)