



## Ficha de avaliação médica

Este formulário é usado para relato e acompanhamento médico do atleta quanto a sua condição de saúde. O mesmo será usado somente pela Confederação Brasileira de Squash (CBS) para suas devidas atividades. Esta é a Ficha de Avaliação Médica utilizada pelo Comitê Olímpico do Brasil (COB) na avaliação da saúde dos atletas da Equipe Brasil.

O formulário deverá ser preenchido de forma completa, carimbado e assinado pelo médico responsável pelo atleta, preferencialmente em LETRA DE FORMA ou digitado.

Após o preenchimento e assinatura, favor enviar uma cópia eletrônica para a CBS aos cuidados da Administração da CBS: [cbs@cbsquash.com.br](mailto:cbs@cbsquash.com.br)

O preenchimento adequado deste formulário é parte fundamental do processo de avaliação da saúde do atleta, que é obrigatório aos membros das Delegações organizadas pelo Comitê Olímpico do Brasil e adotada pela Confederação Brasileira de Squash.

### 1. Informação do atleta:

Nome Completo:			
Modalidade Esportiva:			
Gênero:	Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Data de nascimento (dd/mm/aaaa):	
Endereço:			
Cidade:		UF:	
CEP:		País:	

Plano de saúde:

Nome do plano e Número da carteira
------------------------------------



Nome do Atleta:

## 2. Informações Médicas

2.1 O quadro abaixo destina-se a uma revisão sistêmica, no qual pedimos para que alguma alteração seja assinalada. No caso de positivo por favor descrever as doenças progressas ou atuais. No caso de alguma doença atual favor descrever no item 2.2, detalhadamente.

	História de doença antiga já solucionada?	Relato de doença atual, em tratamento ou sob investigação?
<input type="checkbox"/> Músculo-esquelético	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2
<input type="checkbox"/> Respiratório	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2
<input type="checkbox"/> Cardio-vascular	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2
<input type="checkbox"/> Digestivo	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2
<input type="checkbox"/> Nervoso	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2
<input type="checkbox"/> Urinário	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2
<input type="checkbox"/> Endócrino	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2
<input type="checkbox"/> Reprodutor	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2
<input type="checkbox"/> Outras alterações não classificáveis	Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim Doença/ Data início / Data fim	Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2



Nome do Atleta:

2.2 Resumo do quadro de saúde atual do atleta.

2.3 Uso de medicação, complementos ou suplementos alimentares

2.4 Acompanhamento ou tratamento por outra especialidade médica ou por outra área, não médica (fisioterapia, nutrição, psicologia). Se possível adicionar o motivo, o tratamento e o contato do profissional.



Nome do Atleta:

2.5 Alergias:

2.6 História vacinal – de acordo com Caderneta de Vacinação:

Indicar se o atleta está com sua cobertura vacinal de acordo com o Calendário Anual de Vacinação para a sua faixa etária.

**3. Informação do médico:**

**Eu declaro que as informações acima são verdadeiras e que o (a) atleta não apresenta doença conhecida que o (a) desabone na prática de esporte competitivo.**

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Especialidade médica: \_\_\_\_\_

CRM e estado do registro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Nome completo do(a) atleta: \_\_\_\_\_

Carimbo  
Assinatura e  
Data: \_\_\_\_\_