

07 - QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

O médico do conselho do Prix de Lausanne pode ser contactado no seguinte endereço :

Docteur Carlo Bagutti
Vidy Med, Route de Chavannes 11
1000 Lausanne 23
tel. 41 21/ 622 87 00
fax 41 21/622 87 02

e-mail: prixdelausanne@vidymed.ch

Nome e sobrenome do candidato:

Data de nascimento (dia/ mês/ano)

Histórico:

O candidato já teve problemas médicos?

sim não

Diagnóstico:

Pais:

Mãe

Iniciais:

Data de nascimento :

Peso corporal:

Altura:

Pai

Iniciais:

Data de nascimento:

Peso corporal:

Altura:

A candidata já teve a sua primeira menstruação?

sim não

Idade com que teve o seu primeiro período menstrual:

Ela já teve uma ausência do período menstrual por mais de 3 meses?

sim não

O/a candidato/a já sofreu uma fratura de stress ?

sim não

No caso afirmativo indique a data e o local da fratura:

Alergias:

Existem reações alérgicas conhecidas a medicamentos ou a alimentos?

sim não

No caso afirmativo, por favor queira especificar :

Comportamento alimentar:

Há ou houve algum distúrbio no comportamento alimentar do candidato ou de algum familiar próximo ?

sim não

No caso afirmativo por favor queira especificar:

Tipo de alimentação :

- variada
- vegetariana
- sem laticínios
- sem ou limitada em hidratos de carbono
- sem ou limitada em gordura
- outra (especificar)

Número de porções de frutas/legumes por dia

0 a 1 1 a 2 2 a 3 3 a 4 4 a 5 5 ou mais

Nome e sobrenome do candidato:

Intensidade da atividade física

Idade com que começou a dançar :

Número de horas de dança por semana (em média) no último ano :

Modo de Vida

Tabagismo

Nunca fumou

fuma ocasionalmente

regularmente

Alcool

Nunca bebeu bebidas alcóolicas

ocasionalmente

regularmente

Medicamentos:

O candidato utiliza algum tipo de medicamento, substância homeopática ou fitoterápica?

sim

não

No caso de afirmativo queira precisar por gentileza :

Ele já utilizou alguma dessas substâncias ?:

sim

não

Sublinhar as substâncias já utilizadas: analgésicos, tranquilizantes, laxantes, anfetaminas, anabolisantes, narcóticos.

Desenvolvimento peso - altura:

Por gentileza indique no diagrama em anexo os dados conhecidos quanto ao peso e a altura do candidato ao longo do seu crescimento.

Exame Físico:

O estado de saúde e em particular o estado nutricional do candidato é :

Satisfatório

Bom

Exelente

Peso corporal

kg

Altura:

cm

Tensão arterial:

mm Hg

Pulsações:

/minuto

Particularidades ou anomalias constatadas no exame físico:

Local e data:

Assinatura do médico:

Endereço do médico:

E-mail:

Telefone :

Fax: