



ANAMNESE CLÍNICA
Programa de Caminhada Orientada

1a.via: usuário

2a.via: médico

Nome do(a) usuário(a): _____
Código do(a) usuário(a): _____ Data de Nascimento: ____/____/____
e-mail: _____ Sexo: () M () F
Telefones: Fixo _____ Celular _____ Serviço: _____

Doença de Base:	valores	SIM	Risco Cardiovascular	
Hipertensão Arterial			() Baixo () Médio () Alto () Muito Alto	
Diabetes Tipo I				
Diabetes Tipo II			Tratamento	Medicamento
Outras			Diurético	
Fatores de Risco Cardiovascular		SIM	Betabloqueadores	
Tabagismo			Vasodilatadores Dir.	
Sedentarismo			IECA/BRA	
Sobrepeso			Antidiabéticos Oraís	
Obesidade			Insulina	
História Familiar	Diabetes		Estatina	
	HAS		Fibrato	
	DAC		Outros	
Outros:			Exames Realizados (recentemente)	
Complicações:		SIM	Ácido Úrico	
Retinopatia			Colesterol Total	
Doença Renal			Creatinina Sérica	
Doença Coronariana/IAM			ECG de Esforço	
ICC			ECG de Repouso	
AVC			Fundo de Olho	
Doença Vascular Periférica			HDL Colesterol	
Pé Diabético			Glic. Jejum	
Outras			Glic. Pós-prandial	
Obs.1: Alterações Ortopédicas e outras:			Hemoglobina Glic.	
			Potássio Sérico	
			PSA	
Obs.2: Alterações Neurológicas e outras:			Triglicérides	
			TSH	
			Urina Rotina	
Observações Gerais:			Outros	
→ Restrições existentes, cuidados necessários e considerações, favor anexar relatório.				

→ Caso haja liberação para Atividade Física Orientada, anexar atestado Médico ou Guia de Referência/contra-referência com as informações pertinentes.

São Carlos, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)/Equipe Multiprofissional

Estou ciente da veracidade das informações por mim prestadas e autorizo que os dados acima sejam conhecidos pela equipe multiprofissional do Programa de Caminhada Orientada do Departamento de Educação Física e Motricidade Humana da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar.

DATA: ____/____/____.

Assinatura do(a) Usuário(a)