



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)