

QUESTIONÁRIO MÉDICO COVID-19

NOME DO(A) ATLETA:	CATEGORIA:
TELEFONE PESSOAL: () _____	DATA DO PREENCHIMENTO: _____ / _____ / 2020.

1. VOCÊ JÁ FOI DIAGNOSTICADO : <u>COVID-19</u> ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
2. VOCÊ ESTEVE EM <u>CONTATO COM ALGUÉM</u> DIAGNOSTICADO : <u>COVID-19</u> ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
3. VOCÊ TEVE <u>GRIPE OU RESFRIADO</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
4. VOCÊ TEVE <u>FEBRE</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
5. VOCÊ TEVE <u>TOSSE</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
6. VOCÊ TEVE <u>FALTA DE AR (DIFICULDADE RESPIRATÓRIA)</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
7. VOCÊ TEVE <u>CORIZA NASAL</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
8. VOCÊ TEVE <u>CONGESTÃO NASAL (OBSTRUÇÃO NASAL)</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
9. VOCÊ TEVE <u>PERDA DO OLFATO</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
10. VOCÊ TEVE <u>PERDA DO PALADAR</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
11. VOCÊ TEVE <u>DOR DE CABEÇA</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
12. VOCÊ TEVE <u>DOR DE OUVIDO</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
13. VOCÊ TEVE <u>DOR DE GARGANTA</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
14. VOCÊ TEVE <u>MANCHAS NA PELE</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
15. VOCÊ TEVE <u>DORES MUSCULARES</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
16. VOCÊ TEVE <u>DORES ARTICULARES (NAS JUNTAS)</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
17. VOCÊ TEVE <u>DIARRÉIA</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
18. VOCÊ TEVE <u>EPISÓDIO DE VÔMITO</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
19. VOCÊ TEVE <u>SENSAÇÃO DE FRAQUEZA</u> NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
20. VOCÊ JÁ FEZ ALGUM EXAME DE <u>PCR (EXAME DO COTONETE)</u> PARA COVID-19 ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
21. VOCÊ JÁ FEZ ALGUM EXAME DE <u>SOROLOGIA (TESTE RÁPIDO DE SANGUE)</u> PARA COVID-19 ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
22. VOCÊ ESTÁ FAZENDO <u>ALGUM TIPO DE TRATAMENTO MÉDICO OU FISIOTERAPÊUTICO</u> ?	COVID-19
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUANDO?	
23. VOCÊ ESTÁ FAZENDO USO DE <u>ALGUM MEDICAMENTO</u> NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?	GERAL
NÃO [<input type="checkbox"/>] SIM [<input type="checkbox"/>] QUAL(IS) DOSE(S)?	

24. VOCÊ ESTÁ FAZENDO USO DE ALGUM TIPO DE SUPLEMENTO VITAMINA NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUAL(IS)?	
25. VOCÊ ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO (DENTISTA) ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUAL(IS)?	
26. VOCÊ ESTÁ COM ALGUMA DOR DE DENTE ?	GERAL
NÃO [] SIM []	
27. VOCÊ TEM DIABETES ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUE TIPO?	
28. VOCÊ TEM PRESSÃO ALTA ?	GERAL
NÃO [] SIM []	
29. VOCÊ TEM DOR DE ESTÔMAGO ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUANDO?	
30. VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA INTESTINAL ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUAL(IS)?	
31. VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA URINÁRIO ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUAL?	
32. VOCÊ TEM ALGUMA ALERGIA ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUAL(IS)?	
33. VOCÊ JÁ FOI OPERADO ? QUAL CIRURGIA ? QUANDO ?	GERAL
NÃO [] SIM []	
34. VOCÊ TEM ALGUM PLANO SEGURO SAÚDE PARTICULAR NO BRASIL ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUAL?	
35. VOCÊ TEM ALGUM MÉDICO PARTICULAR (QUE SEJA DA SUA REFERÊNCIA ?)	GERAL
NÃO [] SIM [] NOME? EMAIL? TELEFONE?	
36. VOCÊ TEM ALGUM DENTISTA PARTICULAR (QUE SEJA DA SUA REFERÊNCIA ?)	GERAL
NÃO [] SIM [] NOME? EMAIL? TELEFONE?	
37. VOCÊ É FUMANTE ?	GERAL
NÃO [] SIM []	
38. VOCÊ FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUAL?	
39. VOCÊ ESTÁ LEVANDO ALGUM MEDICAMENTO ?	GERAL
NÃO [] SIM [] QUAL(IS)?	
40. DROGAS SOCIAIS (RECREATIVAS SÃO PROIBIDAS) NO EXAME ANTIDOPING ?	GERAL
Drogas sociais sim, são proibidas e ilegais. MDMA (Ecstasy), Heroína, Cocaína e Maconha são facilmente detectadas nos exames laboratoriais antidoping urina/sangue. SIM, EU ESTOU CIENTE []	
41. DECLARAÇÃO / ASSINATURA	
DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS. Declaro também estar em condições de cumprir as seguintes obrigações: a) Aceitar, respeitar e cumprir as normas éticas e procedimentos estabelecidos pelas organizações esportivas, CBC, Guia Antidoping do Atleta, normas antidopagem, decisões de tribunais desportivos e de demais órgãos nacionais ou internacionais que regulem a prática do ciclismo; b) Cumprir todos os protocolos e recomendações das autoridades sanitárias e orientações da CBC no contexto da pandemia da COVID-19. SIM, EU ESTOU DE ACORDO []	
<hr/> ASSINATURA DO ATLETA	

Dúvidas: Dr. Fernando A. Soléra (Presidente Organização Antidoping – Médico CBC)

Email: fasolera@gmail.com