

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E DE RESPONSABILIDADE - LADEIRAS TRAIL 2021

ETAPA JOANÓPOLIS / SP

Nome: _____ CPF: _____ Data: ____/____/____

Telefone: () _____ Percurso: _____ Km - Numero de Peito: _____

QUESTIONÁRIO MÉDICO

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

NÃO [] SIM [] QUANDO?

23. VOCÊ ESTÁ FAZENDO USO DE ALGUM MEDICAMENTO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ? GERAL

NÃO [] SIM [] QUANDO?

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 É FUMANTE ? GERAL

NÃO [] SIM []

35. TOMOU VACINA ? GERAL

NÃO [] SIM []

36. SE SIM, QUANTAS DOSES ? GERAL

1ª [] - 2ª [] ou Única []

37. DE QUAL Laboratório? GERAL

CORONAVAC. [] - ASTRAZENECA. [] - PFIZER. [] - JANSSEN. []

38. Numero Do Lote? GERAL

Nº

39. Numero Do Código? GERAL

Nº

40. VOCÊ ESTÁ LEVANDO ALGUM MEDICAMENTO ? GERAL

NÃO [] SIM [] QUAL(IS)?

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 pela organização do evento.

b) Ter realizado todos os exames clínicos necessários para a prática de atividades físicas, em especial para participar do evento LADEIRAS TRAIL, ETAPA JOANOPÓLIS/SP, NA DATA 05/12/2021, ISENTANDO A ORGANIZAÇÃO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE REFERENTE A MINHA SITUAÇÃO CLÍNICA;

c) Estar ciente que estou participando de um evento de alta performance, que minhas condições físicas e psicológicas estão adequadas para participar deste, evento

d) Cumprir todos os protocolos e recomendações das autoridades sanitárias e orientações da COVISA no contexto da pandemia da COVID-19.

SIM, EU ESTOU DE ACORDO []

ASSINATURA DO ATLETA