



## Perfil do cliente e histórico de saúde

*\* O formulário de histórico de saúde é uma maneira rápida e eficaz de rastrear pacientes prestes a participar de atividades físicas de qualquer tipo para garantir que você possa participar com segurança, sem riscos para si mesmo. O questionário identificará problemas de saúde e lesões recentes, doenças e condições cardiovasculares que requerem a atenção do seu especialista em oncologia do exercício antes de participar de qualquer tipo de treinamento físico em qualquer fase. O papel desse formulário e processo de triagem não é necessariamente diagnóstico, mas avaliar riscos.*

**Nome:**

**Data:**

**Data de nascimento:**

**Idade:**

**Endereço:**

**Cidade:**

**CEP:**

**Raça:**  Branca  Negra  Amarela  Pardo  Outro:

Prefiro não responder

**E-mail:**

**Número de Contato de Preferência (selecione e forneça o número):**

Celular

Telefone residencial/ comercial

**Podemos deixar  
mensagem?**

Sim

Não

**Profissão:**

**Encaminhado por:**

Médico (nome)

Familiar/Amigo

Website

Redes Sociais (Facebook, Instagram, etc.)

Outro:

**Contato de Emergência:**

**Tel:**

### Condições Pré-Existentes

<b>Condição atual?</b> <b>Sim/Não</b>		<b>Condição</b>	<b>Data</b> <b>MM/AA</b>	<b>Por favor forneça qualquer informação adicional</b>
Sim	Não	Hipertensão Arterial		
Sim	Não	Desconforto no tórax		
Sim	Não	Neuropatia		
Sim	Não	Doença pulmonar		
Sim	Não	Doença no estômago ou intestino		
Sim	Não	Anemia		
Sim	Não	Derrame		
Sim	Não	Enxaqueca		
Sim	Não	Tonturas ou desmaios		
Sim	Não	Dores nas pernas		
Sim	Não	Dores nas costas e pescoço		
Sim	Não	Linfedema		
Sim	Não	Colesterol alto		
Sim	Não	Diabetes		
Sim	Não	Problemas na tireóide		
Sim	Não	Problemas respiratórios		
Sim	Não	Fadiga		
Sim	Não	Artrite		
Sim	Não	Epilepsia		
Sim	Não	Ansiedade/ Depressão		



## Histórico Médico — Câncer

1. Qual a data do seu diagnóstico (MM/AA)?

2. Com que tipo de câncer você foi diagnosticado (a) (ex. mama, pulmão, próstata, etc.)?

3. Por favor especifique a localização:

4. Qual estágio foi o diagnóstico? (por favor inclua o estágio com qualquer dos parâmetros listados abaixo. Se outro, por favor anote)

0    I    II    III    IV    Indeterminado    Não sei

A    B    C    E    S    Outro

5. Que tipos de tratamentos de câncer você recebeu, ou receberá no future?

**Cirurgias**    Não    Atual    Completa: data:  
 Futura/Planejada: data:

**Tipo de cirurgia:** (se aplicável)

6. **Quimioterapia**    Não    Atual    Completa data :  
 Futura/Planejada data

**Nome dos Quimioterápicos:** (se aplicável)(por favor liste quimioterápicos anteriores, atuais ou futuros)

7. **Radioterapia**    Não    Atual    Completa Data:

Futura/Planejada Data:

Caso tenha completado a radioterapia, quantas sessões você fez?

8. **Linfonodos removidos:**    Sim    Não

Se sim, quantos foram retirados?

9. **Nome do Oncologista:**

**Telefone:**

10. **Alergias a medicamentos:**

## Informações Gerais

1. Qual é o seu principal objetivo para iniciar um programa de exercício?
  - Forma física
  - Atingir um objetivo particular (ex. começar uma nova atividade, participar de um evento) (especifique):
  - Perder peso
  - Outro (especifique):
  
2. Você observa alguma barreira para iniciar um programa de exercício?
  - Falta de tempo
  - Falta de prazer com exercício
  - Falta de disciplina
  - Falta de equipamentos
  - Fadiga ou mal estar
  - Temperatura
  - Financeiro
  - Outras responsabilidades (ex. família, trabalho, voluntariado)
  - Outro (especifique):
  
3. Você tem alguma preocupação relacionada especificamente ao câncer com o exercício?
  - Que tipo de exercício é seguro durante ou após o tratamento do câncer
  - Risco de infecção na academia ou locais públicos para exercício
  - Risco para desenvolver linfedema
  - Conhecimento do profissional de Educação Física sobre Exercício Oncológico para trabalhar com pacientes oncológicos
  - Outros (especifique):
  
4. Você está participando atualmente de algum programa de exercícios?
  - Sim (especifique):
  - Não
  
5. Quantas vezes por semana você pratica exercício?
  - 0
  - 1-2
  - 3-4
  - 5+

6. Seu exercício é:

- Leve
- Moderado
- Vigoroso

7. Que tipo de atividade física você faz atualmente ou já realizou?



## PRÓXIMOS PASSOS

Envie seus formulários preenchidos por e-mail para [contato@mapletreebrasil.com.br](mailto:contato@mapletreebrasil.com.br) ou [mapletreebrasil@gmail.com](mailto:mapletreebrasil@gmail.com)

Teremos seus formulários impressos e prontos para você assinar em sua primeira avaliação.

### COMO ANEXAR DOCUMENTAÇÃO A UM E-MAIL

1. Após concluir os formulários salve-o no seu computador clicando em Arquivo> Salvar como (DICA: se você tiver preenchido os formulários em um navegador da Web, selecione o ícone de seta para baixo que diz Baixar para salvar o PDF)
2. Acesse o link [https://mapletreebrasil.com.br/formulario/#outros\\_documentos](https://mapletreebrasil.com.br/formulario/#outros_documentos) faça o download dos documentos referentes **PACIENTE**, imprima, leia com atenção, assine e escaneie.
3. Prepare uma nova mensagem de email endereçada a [contato@mapletreebrasil.com.br](mailto:contato@mapletreebrasil.com.br) ou [mapletreebrasil@gmail.com](mailto:mapletreebrasil@gmail.com)
4. Anexe o **formulário** e os **documentos assinados** ao e-mail rascunhado clicando no ícone do clipe de papel que diz *Anexar um arquivo*.
5. Localize a pasta onde o formulário e os documentos assinados estão salvos, selecione os arquivos que você deseja enviar e clique em Escolher arquivos.
6. Conclua a composição do seu email e envie!