



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
RIO GRANDE DO SUL
Campus Porto Alegre

ANAMNESE

Nome: _____ D.Nasc.: ____/____/____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Fone: _____ (Res.), _____ (Cel) e-mail: _____

Peso: _____ Kg. Estatura: _____ m.

Qual seu objetivo?

Pratica Atividade Física? Sim Não

Qual(is) e a quanto tempo?

Quantas vezes por semana?

Se não pratica, já praticou? Sim Não

Qual(is) e por quanto tempo?

E a quanto tempo deixou de praticar?

Faz quantas refeições por dia? 1 2 3 4 5 Mais de 5

Faz dieta ou suplementação alimentar? Sim Não

Dorme quantas horas por noite? _____

É fumante? Sim Não

Quantos cigarros por dia? _____

Se parou, a quanto tempo? _____

Consome bebida alcoólica? Quais?

Com que frequência semanal? _____

Tem ou teve recentemente uma ou mais das patologias abaixo:

Problemas cardíacos

Problemas pulmonares

Tonturas

Hipertensão

Bronquite

Asma

Colesterol elevado

Glicose elevada

Diabetes

Convulsões

Fratura óssea

Cirurgia

Dor de cabeça frequente