

Ficha de anamnese

Data: ____/____/____ CREF do profissional: _____

DADOS DO ALUNO

Nome completo	Data de nascimento	
Telefone / WhatsApp	E-mail	Profissão
Contato de emergência (nome e telefone)	Plano de saúde	

OBJETIVO

Objetivo principal ☐ Hipertrofia ☐ Emagrecimento ☐ Força ☐ Saúde ☐ Esporte ☐ Reabilitação

O que precisa acontecer para você considerar o treino um sucesso? Em quanto tempo?

TRIAGEM DE SAÚDE

Pergunta	Sim	Não	Observação
Algum médico já disse que você tem problema de coração ou pressão alta?	☐	☐	
Sente dor ou aperto no peito em repouso ou durante esforço?	☐	☐	
Já perdeu a consciência ou teve tontura forte que fez você cair?	☐	☐	
Tem diabetes, asma, doença da tireoide ou outra doença crônica?	☐	☐	
Usa algum medicamento contínuo?	☐	☐	Qual:
Tem dor ou lesão em articulação, músculo ou coluna?	☐	☐	Onde:
Fez cirurgia nos últimos 12 meses?	☐	☐	Qual e quando:
Está gestante ou teve bebê nos últimos 6 meses?	☐	☐	
Algum médico já recomendou só fazer exercício com supervisão?	☐	☐	
Fuma ou parou há menos de 6 meses?	☐	☐	

Se o aluno respondeu "sim" a qualquer uma das três primeiras perguntas ou à nona, peça liberação médica por escrito antes de começar ou de aumentar a intensidade.

HISTÓRICO DE TREINO

Treina atualmente? ☐ Não ☐ Há menos de 6 meses ☐ 6 meses a 2 anos ☐ Mais de 2 anos

Dias disponíveis ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Tempo por treino ☐ 30 min ☐ 45 min ☐ 60 min ☐ 90 min

Onde vai treinar ☐ Academia ☐ Casa ☐ Condomínio ☐ Ao ar livre

Modalidades que já praticou / exercícios que não gosta ou não consegue fazer

HÁBITOS

Sono por noite ☐ Menos de 6 h ☐ 6 a 7 h ☐ 7 a 8 h ☐ Mais de 8 h

Nível de estresse ☐ Baixo ☐ Moderado ☐ Alto

Álcool ☐ Não bebe ☐ Fins de semana ☐ Várias vezes por semana

Acompanhamento nutricional ☐ Sim ☐ Não

Avaliação inicial

Preenchido pelo profissional

MEDIDAS

Peso _____ kg Altura _____ m IMC _____ % de gordura _____ (protocolo: _____)

Pressão arterial em repouso _____ / _____ mmHg FC de repouso _____ bpm

Perimetria (cm)	Início	Semana ____	Semana ____	Semana ____
Braço D / E				
Tórax				
Cintura				
Abdômen				
Quadril				
Coxa D / E				
Panturrilha D / E				

POSTURA E MOBILIDADE

Observações de postura (vista anterior, lateral e posterior)

Mobilidade: agachamento, ombro acima da cabeça, quadril, tornozelo

PLANO

Divisão e frequência _____ Data da reavaliação _____

Restrições e adaptações (exercícios a evitar)

DECLARAÇÃO E CONSENTIMENTO

Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas. Comprometo-me a avisar o profissional sobre qualquer mudança no meu estado de saúde, nos medicamentos que uso ou sobre dor durante os treinos.

☐ Autorizo o uso dos meus dados pessoais e de saúde exclusivamente para a prescrição e o acompanhamento do meu treino, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

☐ Autorizo o uso de fotos de evolução, sem identificação do rosto, para divulgação. ☐ Não autorizo.

Assinatura do aluno (ou responsável)

Assinatura e CREF do profissional