FGC
FEDERAÇÃO GOIANA DE CICLISMO

FILIADA A: CBC UCI UNION CYCLISTE INTERNATIONALE

# QUESTIONÁRIO MÉDICO / COVID-19

**NOME DO(A) ATLETA:** **CATEGORIA:**

**DATA DO PREENCHIMENTO:**_____/_____/_____.

**TELEFONE PESSOAL:(  )** _____

**1. VOCÊ JÁ FOI DIAGNOSTICADO : COVID-19 ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**2. VOCÊ ESTEVE EM CONTATO COM ALGUÉM DIAGNOSTICADO : COVID-19 ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**3. VOCÊ TEVE GRIPE OU RESFRIADO NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**4. VOCÊ TEVE FEBRE NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**5. VOCÊ TEVE TOSSE NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**6. VOCÊ TEVE FALTA DE AR ( DIFICULDADE RESPIRATÓRIA ) NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**7. VOCÊ TEVE CORIZA NASAL NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**8. VOCÊ TEVE CONGESTÃO NASAL ( OBSTRUÇÃO NASAL ) NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**9. VOCÊ TEVE PERDA DO OLFATO NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**10. VOCÊ TEVE PERDA DO PALADAR NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**11. VOCÊ TEVE DOR DE CABEÇA NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**12. VOCÊ TEVE DOR DE OUVIDO NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**13. VOCÊ TEVE DOR DE GARGANTA NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**14. VOCÊ TEVE MANCHAS NA PELE NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**15. VOCÊ TEVE DORES MUSCULARES NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**16. VOCÊ TEVE DORES ARTICULARES ( NAS JUNTAS ) NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**17. VOCÊ TEVE DIARRÉIA NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**18. VOCÊ TEVE EPISÓDIO DE VÔMITO NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**19. VOCÊ TEVE SENSAÇÃO DE FRAQUEZA NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**20. VOCÊ JÁ FEZ ALGUM EXAME DE PCR ( EXAME DO COTONETE ) PARA COVID-19 ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**21. VOCÊ JÁ FEZ ALGUM EXAME DE SOROLOGIA ( TESTE RÁPIDO DE SANGUE ) PARA COVID-19 ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**22. VOCÊ ESTÁ FAZENDO ALGUM TIPO DE TRATAMENTO MÉDICO OU FISIOTERAPÊUTICO ?** *COVID-19*
NÃO [ ] SIM [ ] QUANDO?

**23. VOCÊ ESTÁ FAZENDO USO DE ALGUM MEDICAMENTO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ?** *GERAL*
NÃO [ ] SIM [ ] 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, UCI, FGC, 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 FGC e CBC no contexto da pandemia da COVID-19.

SIM, EU ESTOU DE ACORDO [ ]

_____

**ASSINATURA DO ATLETA**