

## CBES – Declaração Médica e Questionário para Competição de Apneia

### Declaração Médica do Atleta – Apneia Desportiva

A apneia desportiva (freediving) é uma modalidade que exige elevado nível de aptidão física e mental. A participação em treinos e competições envolve riscos inerentes, especialmente para indivíduos com determinadas condições médicas.

Este formulário tem como objetivo avaliar se o atleta está apto a participar em atividades de apneia sob a supervisão e regulamentos da **Confederação Brasileira de Esportes Subaquáticos**.

Caso você tenha, ou possa ter predisposição a alguma das condições listadas abaixo, deverá procurar avaliação e liberação de um médico qualificado antes da participação.

Este questionário constitui uma triagem inicial para atletas inscritos em competições oficiais da CBES, não substituindo avaliação médica formal quando necessária.

O atestado médico deverá ter sido emitido por um médico habilitado e terá validade de **até 12 (doze) meses a partir da data de emissão**, desde que não haja alteração no estado de saúde do atleta nesse período.

#### Preencha os campos abaixo:

1	Tive problemas com meus pulmões/respiração, coração, sangue, ou fui diagnosticado com COVID-19.	Sim Vá para a Campos <b>A</b>	Não <input type="checkbox"/>
2	Tenho mais de 45 anos.	Sim Vá para a Campos <b>B</b>	Não <input type="checkbox"/>
3	Tenho dificuldade para realizar exercícios moderados (por exemplo, caminhar 1,6 quilômetro/uma milha em 14 minutos ou nadar 200 metros/jardas sem descansar), OU não consegui participar de uma atividade física normal por motivos de condicionamento físico ou saúde nos últimos 12 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
4	Já tive problemas nos olhos, ouvidos ou nas vias nasais/seios nasais.	Sim. Vá para a Campos <b>C</b>	Não <input type="checkbox"/>
5	Fiz uma cirurgia nos últimos 12 meses, OU tenho problemas contínuos relacionados a cirurgias anteriores.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
6	Perdi a consciência, tive enxaquecas, convulsões, derrames, lesão cerebral significativa ou souro de lesões ou doenças neurológicas persistentes.	Sim. Vá para a Campos <b>D</b>	Não <input type="checkbox"/>

7	Atualmente estou em tratamento (ou precisei de tratamento nos últimos cinco anos) para problemas psicológicos, transtorno de personalidade, ataques de pânico ou vício em drogas ou álcool; ou, fui diagnosticado com uma deficiência de aprendizagem ou desenvolvimento.	Sim Vá para a Campos E	Não <input type="checkbox"/>
8	Já tive problemas nas costas, hérnia, úlceras ou diabetes.	Sim Vá para a Campos F	Não <input type="checkbox"/>
9	Tive problemas estomacais ou intestinais, incluindo diarreia recente.	Sim Vá para a Campos G	Não <input type="checkbox"/>
10	Estou tomando medicamentos prescritos (com exceção de anticoncepcional ou antimaláricos que não sejam mefloquina (Lariam).	Sim *	Não <input type="checkbox"/>

## Assinatura do Participante

Se você respondeu **NÃO** a todas as 10 perguntas acima, não é necessária avaliação médica. Por favor, leia e concorde com a declaração do participante abaixo, assinando e datando-a.

**Declaração do Participante:** Respondi a todas as perguntas com honestidade e entendo que assumo responsabilidade por quaisquer consequências decorrentes de perguntas que eu possa ter respondido incorretamente ou por minha falha em divulgar quaisquer condições de saúde existentes ou passadas.

Assinatura do participante (ou, se for menor, assinatura do pai/responsável do participante).	(dd/mm/aaaa)
Nome do participante (Impresso)	Data de nascimento (dd/mm/aaaa)
Nome do Instrutor (Impresso)	Nome da Instalação (Impresso)

© 2020

Nome do participante

Data de nascimento

(Impresso)	Data (dd/mm/yyyy)
------------	-------------------

## Médico do Mergulhador | Questionário para Participantes Continuado

CAMPOS A – EU TIVE/JÁ TIVE:		
Cirurgia torácica, cardíaca, cirurgia de válvula cardíaca, dispositivo médico implantável (ex: stent, marcapasso, neuroestimulador) ou pneumotórax (pulmão colapsado).	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Asma, chiado, alergias severas, rinite do feno ou vias aéreas congestionadas nos últimos 12 meses que limitam minha atividade física/exercícios.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Um problema ou doença envolvendo meu coração, como: angina, dor no peito durante o esforço, insuficiência cardíaca, edema pulmonar por imersão, ataque cardíaco ou AVC, OU estou tomando medicação para qualquer condição cardíaca.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Bronquite recorrente e tosse atualmente nos últimos 12 meses, a cirurgia foi diagnosticada com enfisema.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Um diagnóstico de COVID-19.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>

<b>CAMPOS B – TENHO MAIS DE 45 ANOS E:</b>		
Atualmente, fumo ou inalo nicotina por outros meios.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Tenho um nível alto de colesterol.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Tenho pressão alta.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Já tive um parente próximo de sangue que morreu repentinamente ou de doença cardíaca ou AVC antes dos 50 anos, OU tive histórico familiar de doença cardíaca antes dos 50 anos (incluindo ritmos cardíacos anormais, doença arterial coronariana ou cardiomiopatia).	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
<b>CAMPOS C – EU TIVE/JÁ TIVE:</b>		
Cirurgia sinusal nos últimos 6 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Doença do ouvido ou cirurgia no ouvido, perda auditiva ou problemas de equilíbrio.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Sinusite recorrente nos últimos 12 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Cirurgia ocular nos últimos 3 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
<b>CAMPOS D – EU TIVE/JÁ TIVE:</b>		
Lesão na cabeça com perda de consciência nos últimos 5 anos.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Lesão ou doença neurológica persistente.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Enxaquecas recorrentes nos últimos 12 meses, ou tomar medicamentos para preveni-las.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Desmaios ou desmaios (perda total ou parcial de consciência) nos últimos 5 anos.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Epilepsia, convulsões ou convulsões, OU tome medicamentos para preveni-las.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
<b>CAMPOS E – EU TIVE/JÁ TIVE:</b>		
Problemas de saúde comportamental, mentais ou psicológicos que exigem tratamento médico/psiquiátrico.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Depressão maior, ideação suicida, ataques de pânico, transtorno bipolar descontrolado que exige medicação/tratamento psiquiátrico.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Fui diagnosticado com uma condição de saúde mental ou um transtorno de aprendizagem/desenvolvimento que requer cuidados contínuos ou acomodação especial.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Um vício em drogas ou álcool que exige tratamento nos últimos 5 anos.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
<b>CAMPOS F – EU TIVE/JÁ TIVE:</b>		
Problemas recorrentes nas costas nos últimos 6 meses que limitam minhas atividades diárias.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Cirurgia nas costas ou na coluna nos últimos 12 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Diabetes, seja com controle de medicamentos ou dieta, OU diabetes gestacional nos últimos 12 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>

Uma hérnia não corrigida que limita minhas capacidades físicas.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Úlceras ativas ou não tratadas, feridas problemáticas ou cirurgia de úlceras nos últimos 6 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
<b>CAMPOS G – EU TIVE:</b>		
Cirurgia de ostomia e não possuem autorização médica para nadar ou praticar atividade física.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Desidratação exigindo intervenção médica nos últimos 7 dias.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Úlceras estomacais ou intestinais ativas ou não tratadas ou cirurgia de úlceras nos últimos 6 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Azia frequente, regurgitação ou doença por refluxo gastroesofágico (DRGE).	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Colite ulcerativa ativa ou não controlada, ou doença de Crohn.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>
Cirurgia bariátrica nos últimos 12 meses.	Sim *	Não <input type="checkbox"/>

## Médico de Mergulhador | Formulário de Avaliação do Médico Legista

Nome do participante

Data de nascimento

A pessoa mencionada acima solicita sua opinião sobre sua aptidão médica para participar de campeonatos, treinamento ou atividade de mergulho recreativo ou mergulho livre. Por favor, visite [uhms.org](http://uhms.org) para orientação médica sobre condições médicas relacionadas ao mergulho. Revise as áreas relevantes para seu paciente como parte da sua avaliação.

### Resultado da Avaliação

- Aprovado – Não encontro nenhuma condição que considere incompatível com mergulho recreativo ou mergulho livre.
- Não aprovado – encontro condições que considero incompatíveis com mergulho recreativo ou mergulho livre.

Assinatura de um médico certificado

Data (dd/mm/yyyy)

**Nome do Médico/a**

---

(Impresso)

**Credenciais do Médico/a**

---

**Clínica / Hospital**

---

**Endereço**

---

**Telefone** \_\_\_\_\_

**E-mail** \_\_\_\_\_

---