DATA



EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DATA			COLAR VINHE	TA DO MÉDIO	0
NOME				U	
			CARIMBO DA INST	-	ICA DE
C.C.				DESPORTIVA	
D. NASCIMENTO	NACIONALIDADE			MÉDICA	
MORADA			APRESENTA CONTRAINE DA MOI	CAÇÕES PARA ALIDADE	A PRÁTICA
MURADA			NÃO APRESENTA CON		
			PRÁTICA DA MODALIDAI	E COM / SEM F	ESTRIÇÕES
C DOSTAL	LOCALIDADE	TEL	QUAIS		
C. POSTAL	LOCALIDADE	TEL			
CLUBE	MODALIDADE	ESCALÃO			
NOME/MÉDICO			ASSINATURA DO MÉDICO		
,			CÉDULA PROFISSIONAL №		
	(DES	TACAR PELO PICOTADO)			
DATA			DECISÃO	MÉDICA	
					(
NOME			APRESENTA CONTRAIND DA MOI	CAÇOES PARA ALIDADE	A PRATICA
C.C.			NÃO APRESENTA CON PRÁTICA DA MODALIDAE		
CLUBE	MODALIDADE	ESCALÃO	QUAIS	L COIVI / SLIVI IV	LSTRIÇOLS
NO. 45 / 44 F NO.					
NOME/MÉDICO					
			ASSINATURA DO MÉDICO		
			CÉDULA PROFISSIONAL №		
1 DECLADAÇÕES DESSOAIS	6/6				
1. DECLARAÇÕES PESSOAIS	S (A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Enc	:arregado de Educação)			
			SII	/ NÃO	
1.Esteve internado no Hospital ou C	Clínica?				ANO
2.Foi operado?					ANO
3.Perdas de consciencia? Epilepsia?					ANO
					ANO
4. Teve alguma lesão no desporto?					ANO
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?					ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante	es?(ou outras substancias)				ANO
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6. Consome narcóticos, estimulante 7. Toma regularmente algum medic	es?(ou outras substancias)				ANO
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6. Consome narcóticos, estimulante 7. Toma regularmente algum medic 8. Doenças alérgicas?	es?(ou outras substancias) camento?				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares)				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo?	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares)				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração?	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares)				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração? 12.Doenças renais?	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares)				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração?	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares)				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração? 12.Doenças renais? 13.Doenças ósseas (coluna ou artico	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares)				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração? 12.Doenças renais? 13.Doenças ósseas (coluna ou articulatoria)	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares)				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração? 12.Doenças renais? 13.Doenças ósseas (coluna ou articulativa de la Diabetes 15.Doenças do sangue?	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares)				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração? 12.Doenças renais? 13.Doenças ósseas (coluna ou artical) 14.Diabetes 15.Doenças do sangue? 16.Doenças mentais?	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares) culações)?				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração? 12.Doenças renais? 13.Doenças ósseas (coluna ou artical) 14.Diabetes 15.Doenças do sangue? 16.Doenças mentais? 17.Doenças da pele?	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares) culações)?				ANO
5.Hábitos alcoólicos / tabágicos? 6.Consome narcóticos, estimulante 7.Toma regularmente algum medic 8.Doenças alérgicas? 9.Asma, pneumotorax, tuberculose 10.Doenças do aparelho digestivo? 11.Doenças do coração? 12.Doenças renais? 13.Doenças ósseas (coluna ou artice 14.Diabetes 15.Doenças do sangue? 16.Doenças mentais? 17.Doenças da pele? 18.Teve alguma doença aqui não m	es?(ou outras substancias) camento? e?(outras doenças pulmonares) culações)?				ANO

Confirmo as declarações por mim efetuadas.

Data



(A	preencher pelo médico)						SIM	NÃO
2.	ANTECEDENTES FAMILIARES		1 -			4.Dismetria dos membros		
		SIM	NÃO	*	Г	5.Genus valgus / Genus varus		

	SIM	NAO	*
1.D. Cardiovasculares (miocardiopatias, D. coronária, etc.)			
2.Hipertensão arterial			
3.Morte súbita			
4.Asma			
5.Diabetes			
6.Epilepsia			
7.Tumores			
8.Doenças hematológicas			
9.Outros			
	_		

*Preencha nº de código se a resposta for SIM; Pais 1 / Avós 2 / Irmãos 3

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

	SIM	NÃO
1.Cirurgias		
2.Perdas de consciência		
3.Traumatismos cranianos ou fraturas ósseas		
4.Palpitações, dispneia, dor torácica, lipotimia		
5.Cardiopatias		
6.Hipertensão arterial		
7.Doenças do aparelho digestivo		
8.Asma bronquica, alergias, rinite		
9.Hepatites		
10.Diabetes		
11.Epilepsia		
12.Hábitos alcoólicos/tabágicos		
13. Vacinas atualizadas (Tétano, Hepatite B)		
14.Outros		

4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS

	SIM	NÃO
1.Já fez desporto federado?		
2.Vai retomar a atividade física?		
3.Faz desporto regularmente?		
4.Quantos treinos semanais?		

5. EXAME BIOMÉTRICO

1.Peso	kg
2.Estatura	cm

6. EXAME ECTOSCÓPICO

	SIM	NAO	
1.Desenvolvimento normal			l
2. Alterações dermatológicas / Cicatrizes			l
3.Escoliose / Cifose / Lordose			l

	SIM	NAO
4.Dismetria dos membros		
5.Genus valgus / Genus varus		
6.Pé plano / Pé cavo		
7.Varizes		
8.Outros		

7. EXAME OFTALMOLÓGICO

	DIR	ESQ
1.Acuidade visual sem correção	/10	/10
2.Acuidade visual com correção	/10	/10
3.Miopia / Hipermetropia / Estrabismo / Astigmatismo		
4.Outros		

8. EXAME O.R.L.

	L.D.		L.E.	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.Audição a 5 m sem alterações				
2.Sinusite / Otite / Outros				

9. EXAME ESTOMATOLÓGICO

	SIM	NÃO
1.Sem cárie / Cárie tratada / Faltas / Prótese		
2.Cáries não tratadas		

10. EXAME DO ABDOMÉN

	SIM	NÃO
1.Organomegalia / Hérnias		
2.Outros, Quais?		

11. EXAME GÉNITO-URINÁRIO

	SIM	NÃO
1.Menarca (idade)		
2.Alterações do ciclo menstrual		
3.Outros		

12. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO

	SIM	NÃO
1.Pulso radial (Simétricos, palpáveis e sincronos)		
Pulso femoral (Simétricos, palpáveis e sincronos)		
2.Auscultação cardíaca normal		
3.Auscultação pulmonar normal		
4.Frequência cardíaca		min
5.Pressão arterial		mmHg

13. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

	SIM	NÃO
1.E.C.G. normal	-	
2.Radiografia do tórax normal (Data)		
3.Outros		

Observações		