

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DATA

NOME

C.C.

D. NASCIMENTO

NACIONALIDADE

MORADA

C. POSTAL

LOCALIDADE

TEL

CLUBE

MODALIDADE

ESCALÃO

NOME/MÉDICO

COLAR VINHETA DO MÉDICO

OU

CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE
 MEDICINA DESPORTIVA

DECISÃO MÉDICA

APRESENTA CONTRAINDIÇÕES PARA A PRÁTICA
 DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDIÇÕES PARA A
 PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES

QUAIS

ASSINATURA DO MÉDICO

CÉDULA PROFISSIONAL Nº

(DESTACAR PELO PICOTADO)

DATA

NOME

C.C.

CLUBE

MODALIDADE

ESCALÃO

NOME/MÉDICO

DECISÃO MÉDICA

APRESENTA CONTRAINDIÇÕES PARA A PRÁTICA
 DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDIÇÕES PARA A
 PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES

QUAIS

ASSINATURA DO MÉDICO

CÉDULA PROFISSIONAL Nº

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS (A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Encarregado de Educação)

	SIM	NÃO	ANO
1. Esteve internado no Hospital ou Clínica?			
2. Foi operado?			
3. Perdas de consciência? Epilepsia?			
4. Teve alguma lesão no desporto?			
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?			
6. Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substâncias)			
7. Toma regularmente algum medicamento?			
8. Doenças alérgicas?			
9. Asma, pneumotorax, tuberculose?(outras doenças pulmonares)			
10. Doenças do aparelho digestivo?			
11. Doenças do coração?			
12. Doenças renais?			
13. Doenças ósseas (coluna ou articulações)?			
14. Diabetes			
15. Doenças do sangue?			
16. Doenças mentais?			
17. Doenças da pele?			
18. Teve alguma doença aqui não mencionada?			
19. Já fez um exame médico desportivo?			
20. Resultado do exame anterior:			

Confirmo as declarações por mim efetuadas.

Data

Assinatura (o próprio, com idade igual ou superior a 18 anos, ou Encarregado de Educação)

(A preencher pelo médico)

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

	SIM	NÃO	*
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 crânicos ou fraturas ósseas		
4.Palpitações, dispneia, dor torácica, lipotimia		
5.Cardioptatas		
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	NÃO
1.Desenvolvimento normal		
2.Alterações dermatológicas / Cicatrizes		
3.Escoliose / Cifose / Lordose		

Observações

4. Dismetria dos membros

5.Genus valgus / Genus varus

6.Pé plano / Pé cavo

7.Varizes

8.Outros

SIM	NÃO
-----	-----

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
-----	-----

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.Freqüência 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