

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 CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA
DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES 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 CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA
DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Perdas de consciencia? Epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Teve alguma lesão no desporto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substancias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Toma regularmente algum medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Doenças alérgicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Asma, pneumotorax, tuberculose?(outras doenças pulmonares)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Doenças do aparelho digestivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Doenças do coração?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Doenças renais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Doenças ósseas (coluna ou articulações)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Doenças do sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Doenças mentais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Doenças da pele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Teve alguma doença aqui não mencionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Já fez um exame médico desportivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 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	NÃO
1.Desenvolvimento normal		
2.Alterações dermatológicas / Cicatrizes		
3.Escoliose / Cifose / Lordose		

	SIM	NÃO
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