



EXAME MÉDICO DESPORTIVO

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 Nº _____

PARA A FEDERAÇÃO OU ASSOCIAÇÃO

EXAME N.º _____ DATA _____ / _____ / _____

NOME _____ B I _____

DATA / NASCIMENTO _____ / _____ / _____ NACIONALIDADE _____

MORADA _____

C. POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____ TEL. _____

CLUBE _____ MODALIDADE _____ ESCALÃO _____

NOME / MÉDICO _____

PREENCHER SÓ O TALÃO COM OS DADOS PESSOAIS E ESTE QUADRADO.

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS

Responda às seguintes questões (Assinale com um X)
A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Encarregado de Educação

	SIM	NÃO
1. Esteve Internado no Hospital ou Clínica?		
2. Foi Operado?		
3. Perdas de Consciência? Epilepsia?		
4. Teve alguma lesão no Desporto?		
5. Hábitos Alcoólicos? / Hábitos Tabáquicos?		
6. Consome Narcóticos, Estimulantes ou outras substâncias?		
7. Toma regularmente algum medicamento? Qual?		
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, articulações) ?		
14. Diabetes?		
15. Doenças do Sangue?		
16. Doenças Mentais?		
17. Doenças da Pele?		
18. Teve alguma doença que não foi aqui mencionada?		
19. Já fez um exame Médico Desportivo?		
20. Resultado do Exame anterior		
Confirmo as Declarações por mim efectuadas		
DATA / / ASSINATURA _____		
O próprio, com idade igual ou superior a 18 anos Encarregado de Educação _____		

PARA O MÉDICO QUE REALIZOU O EXAME

	SIM	NÃO
2. ANTECEDENTES FAMILIARES		
1. Doenças Cardiovasculares (Miocardiopatia)		
2. Hipertensão Arterial		
3. Morte Súbita		
4. Asma		
5. Diabetes		
6. Epilepsia		
7. Tumores		
8. Doenças Hematológicas		
9. Outros		
* Ponha n.º de código se a resposta for 1 / Avós 2 / Irmãos 3		

	SIM	NÃO
3. ANTECEDENTES PESSOAIS		
1. Cirurgias		
2. Perdas de Consciência		
3. Traumatismos Cranianos ou Fracturas Ósseas		
4. Palpitações, Dispneia, Dôr Torácica, Lipotímia		
5. Cardiopatias		
6. Hipertensão Arterial		
7. Doenças do Aparelho Digestivo		
8. Asma Bronquica, Alergias, Rinite		
9. Hepatites		
10. Diabetes		
11. Epilepsia		
12. Hábitos Alcoólicos / Tabáquicos		
13. Vacinas Actualizadas (Tétano, Hepatite B)		
14. Outros		
15.		

	SIM	NÃO
4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS		
1. Já fez Desporto Federado? Há Quantos Anos?		
2. Vai retomar a actividade física?		
3. Faz desporto regularmente?		
4. Quantos Treinos Semanais? (N.º Horas por Treino)		

5. EXAME BIOMÉTRICO			
1. Peso			Kg
2. Estatura			Cm

6. EXAME ORTODONTOLÓGICO		SIM	NÃO
1. Desenvolvimento			
2. Oclusão			
3. Dismetria			
4. Genus Valgus / Genus Varus			
5. Outros			

7. EXAME OPTOMOLÓGICO		DIR.	ESQ.
1. Acuidade Visual sem Correção		/10	/10
2. Correção Visual com Correção (Óculos / Lentes de Contacto)		/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. Cárias não Tratadas			

10. EXAME DO ABDÓMEN		SIM	NÃO
1. Organomegalia / Hérnias			
2. Outros. Quais?			

11. EXAME GÊNITO-URINÁRIO		SIM	NÃO
1. Menarca (Idade) _____			
2. Alterações do Ciclo Menstrual			
3. Outros?			

12. EXAME CÁRDIO-CIRCULATORIO E RESPIRATORIO		SIM	NÃO
1. Pulso Radial (Simétricos, Palpáveis e Sincronos)			
2. Pulso Femural (Simétricos, Palpáveis e Sincronos)			
3. Auscultação Cardíaca Normal			
4. Auscultação Pulmular Normal			
5. F. Arterial _____ / min.			

13. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO		SIM	NÃO
1. E.C.G. Normal			
2. Radiografia do Tórax Normal (DATA / /)			
3. Outros			

OBSERVAÇÕES (Descrição da Patologia Referenciada ou outros exames)