

## EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DATA  
NOME  
C.C.  
D. NASCIMENTO NACIONALIDADE  
MORADA  
C. POSTAL LOCALIDADE TEL  
CLUBE MODALIDADE ESCALÃO  
NOME/MÉDICO

|   |
|---|
| COLAR VINHETA DO MÉDICO<br>OU<br>CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE<br>MEDICINA DESPORTIVA |
| <b>DECISÃO MÉDICA</b>   |
| APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA<br>DA MODALIDADE                                |
| NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A<br>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

|   |
|---|
| <b>DECISÃO MÉDICA</b>   |
| APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA<br>DA MODALIDADE                          |
| NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A<br>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 consciencia? Epilepsia?                          |     |     |     |
| 4. Teve alguma lesão no desporto?                             |     |     |     |
| 5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?                            |     |     |     |
| 6. Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substancias)   |     |     |     |
| 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 cranianos ou fraturas ósseas      |     |     |
| 4.Palpitações, dispneia, dor torácica, lipotimia |     |     |
| 5.Cardiopatias                                   |     |     |
| 6.Hipertensão arterial                           |     |     |
| 7.Doenças do aparelho digestivo                  |     |     |
| 8.Asma bronquial, 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