PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS
SECRETARIA DE ESTADO DO DESPORTO E JUVENTUDE

INSTITUTO PORTUGUÊS DO DESPORTO E JUVENTUDE, I.P.

N.º 3300950 - C

EXAME MÉDICO DESPORTIVO

COLAR VINHETA DO MÉDICO
OU
CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA
DE MEDICINA DESPORTIVA

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 | ASSINATURA DO MÉDICO | CÉDULA PROFISSIONAL N.º

DECISÃO MÉDICA

APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE

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

QUAIS

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	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? / Hábitos Tabágicos?			
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

2. ANTECEDENTES FAMILIARES	SIM	NÃO
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

3. ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO
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 Bronquíca, Alergias, Rinite		
9. Hepatites		
10. Diabetes		
11. Epilepsia		
12. Hábitos Alcoólicos / Tabágicos		
13. Vacinas Actualizadas (Tétano, Hepatite B)		
14. Outros		
15.		

4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS	SIM	NÃO
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 ECT...	SIM	NÃO
1. Desenvolvimento ...		
2. ... Dermato ...		
... se / Lordo ...		
... Dismetria ... Membros		
... Genus Va... Genus Varus		
... Cavo		
7.		
8. Ou...		

...AME OFTA...OLÓGICO	DIR.	ESQ.
...de Visual sem Correcção	/10	/10
2. A... Visual com Correcção (Óculos / Lentes de Contacto)	/10	/10
3. Mio... Hipermetropia / Estrabismo / Astigmatismo		
4. Outros		

...EXAME O.R.L.	L. D. SIM	L. D. NÃO	L. E. SIM	L. E. 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 ABDÓMEN	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 Femural (Simétricos, Palpáveis e Sincronos)		
2. Auscultação Cardíaca Normal		
3. Auscultação Pulmunar Normal		
4. Frequência Cardíaca / min.		
5. P. Arterial / mmHg		

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)

EXEMPLO

110.000 ex. 04/12