

## APPENDIX 5 – Atestado Médico

### Atleta

Nome Completo:	
Data de Nascimento:	
Assinatura Atleta: _____	Data: _____

### Informações do Médico

Nome Completo:	
No Registro CRM: _____	Especialidade: _____
Endereço:	
Assinatura: _____	Data: _____
Carimbo:	
Comentários:	

Apto para lutar

**Não** apto para lutar

PERGUNTAS PARA O ATLETA: SE SIM, EXPLICAR

1. **Tem algum médico tratando você por qualquer coisa?**

---

2. **Você já esteve inconsciente ou teve uma concussão?**

---

3. **Você já teve dor de cabeça nas últimas 2 semanas?**

---

4. **Você tem algum problema com sangramento?**

---

5. **Você já esteve internado em um hospital?**

---

6. **Você faz algum tratamento médico?**

---

---

---

---

---

ATESTADO MEDICO		ANORMALIDADES		
<b>Cabeça</b>	Nervos cranianos, Olhos, Tamanho e reflexo pupilar, Fundo de Olho (Nervo Óptico), Acuidade Visual.	Normal	Anormal	
	Boca, Dentes, Garganta	Normal	Anormal	
	Ouvidos	Normal	Anormal	
	Articulação temporomandibular	Normal	Anormal	
<b>Sistema Cardiovascular</b>	Batimento Cardíaco / Pressão Sanguínea (registro)	Normal	Anormal	
	Exame do coração: sons, sopros, suspiros, tamanho, ritmo	Normal	Anormal	
<b>Sistema Ortopédico</b>	Membros superiores: Ombro, Punho, Mãos, Dedos.	Normal	Anormal	
	Membros Inferiores: Pés, Tornozelos, Joelhos, Quadril.	Normal	Anormal	
<b>Sistema Neurológico</b>	Reflexos	Normal	Anormal	
	Respostas verbais	Normal	Anormal	
	Respostas motoras e equilíbrio	Normal	Anormal	
<b>Alergias</b>	(Registro)	Sim	Não	
	Tipo de reação (Registro)			
<b>Medicamentos em uso</b>	Nome e dose (Registro)	Sim	Não	