

## FORMULÁRIO DE EXAME MÉDICO ANUAL

\*COMPETIDOR: Este formulário deve ser preenchido por um médico licenciado para exercer a medicina na sua região. Por favor, devolva (com os resultados dos exames de sangue laboratoriais) como um PDF.

\*MÉDICO: | Quando a sorologia está sendo revisada, é necessária uma cópia do formulário de resultado do exame de sangue laboratorial.

<p><b>NOME DO COMPETIDOR</b></p> <input type="text"/>	<p><b>HISTÓRIA MÉDICA</b>   Detalhe todas as internações hospitalares, lesão grave ou doença (física ou mental) e crônica, condições, incluindo o estado atual e se sob atendimento especializado. Por favor, pergunte especificamente sobre dor de cabeça; tontura; problemas de humor; esquecimento; visão dupla; dor nas costas, nugal ou radicular.</p> <input type="text"/>
<p><b>DATA DE NASCIMENTO</b></p> <input type="text"/>	
<p><b>DATA DO EXAME</b></p> <input type="text"/>	<p><b>HISTÓRICO CIRÚRGICO</b>   Detalhe quaisquer procedimentos cirúrgicos realizadas, incluindo cirurgia oftalmológica ou a laser:</p> <input type="text"/>
<p><b>NOME DO MÉDICO EXAMINADOR</b></p> <input type="text"/>	
<p><b>NUMERO DE REGISTRO DO MÉDICO EXAMINADOR</b></p> <input type="text"/>	
<p><b>EMAIL DO MÉDICO EXAMINADOR</b></p> <input type="text"/>	<p><b>HISTÓRIA DE DROGAS</b>   Uso detalhado de qualquer suplemento regular ou medicação:</p> <input type="text"/>
<p><b>ENDEREÇO DE CORRESPONDENCIA DO MÉDICO EXAMINADOR</b></p> <input type="text"/>	
<p><b>Este exame médico é concluído sem acesso aos prontuários médicos e as informações nele contidas são as divulgadas para mim pelo concorrente</b> <b>*Marque se for aplicável ( )</b></p>	<p><b>ALERGIAS</b>   Detalhe quaisquer alergias:</p> <input type="text"/>
<p><b>*(CARIMBO MÉDICO)</b></p> <hr/>	<p><b>HISTÓRIA FAMILIAR</b>   Detalhe qualquer morte cardíaca súbita por infarto, demência ou parkinsonismo.</p> <input type="text"/>

\*Formulário de exame médico válido APENAS com o carimbo do médico acima.



**EXAME FÍSICO**

**SISTEMAS** \*marque se estiver NORMAL

<p><b>ALTURA</b> <input type="text"/></p> <p><b>PESO ATUAL</b> <input type="text"/></p> <p><b>PESO RECORRENTE</b> <input type="text"/></p> <p><b>PESO CLASSE DE COMPETIÇÃO</b> <input type="text"/></p> <p><b>FREQUÊNCIA CARDÍACA</b> <input type="text"/></p> <p><b>PRESSÃO ARTERIAL</b> <input type="text"/></p>	<p><b>Cardiovascular</b>   Sons do coração? Sons adicionais? Posição da batida do ápice? ( )</p> <hr/> <p><b>Respiratório</b>   Caixa torácica? alteração vesicular? Chiado? ( )</p> <hr/> <p><b>Abdominal</b>   Cicatrizes? Organomegalia? ( )</p> <hr/> <p><b>Musculoesquelético</b>   Costas e pescoço movimento? Membro superior e inferior movimentos? ( )</p> <hr/> <p><b>Ouvido, nariz e garganta</b>   Teste de sussurro para acuidade auditiva? Orofaringe? Dentes soltos? Linfadenopatia? ( )</p> <hr/> <p><b>Neurológico</b>   Fraqueza muscular? Coordenação? Tremor? Comprometimento cognitivo? Nistagmo? ( )</p> <hr/> <p><b>Olhos</b>   Pupilas isocóricas e fotoreagentes? ( )</p>				
<p><b>ACUIDADE VISUAL:</b></p> <p>-OLHO ESQUERDO</p> <table border="1"> <tr><td>NÃO CORRIGIDA ( )</td></tr> <tr><td>CORRIGIDA ( )</td></tr> </table> <p>-OLHO DIREITO</p> <table border="1"> <tr><td>NÃO CORRIGIDA ( )</td></tr> <tr><td>CORRIGIDA ( )</td></tr> </table> <p><u>*Formulário de Exame Médico NÃO será aceito sem resultados de teste de acuidade visual NÃO CORRIGIDO</u></p>	NÃO CORRIGIDA ( )	CORRIGIDA ( )	NÃO CORRIGIDA ( )	CORRIGIDA ( )	
NÃO CORRIGIDA ( )					
CORRIGIDA ( )					
NÃO CORRIGIDA ( )					
CORRIGIDA ( )					

**ANORMALIDADES / COMENTÁRIOS** | Detalhe qualquer anormalidade no exame físico



**SOROLOGIAS:**

\*Deixe em branco, A MENOS que haja resultados laboratoriais disponíveis, em caso em que uma cópia deve acompanhar este formulário.

	Resultado	Data da Coleta
<b>HEPATITE B</b> (HBsAg)		
<b>HEPATITE C</b> (Anti-HCV)		
<b>HIV</b> (Ag/Ab)		

**POR FAVOR, DETALHE ABAIXO QUALQUER PREOCUPAÇÃO QUE POSSA TER EM RELAÇÃO A ESTA PESSOA A PARTICIPAÇÃO EM ESPORTES DE CONTATO, INCLUINDO BOXE E ARTES MARCIAIS MISTAS:**

<b>NOME DO MÉDICO EXAMINADOR:</b> <input type="text"/>	<b>NOME DO COMPETIDOR:</b> <input type="text"/>
<b>ASSINATURA DO MÉDICO EXAMINADOR:</b> <input type="text"/>	<b>DATA</b> <input type="text"/>