



# **REGULAMENTO**

## **EXAME MÉDICO DESPORTIVO**

Aprovado em reunião de direcção em 30/12/2017

## **CONDIÇÕES GERAIS**

1. Todos os agentes desportivos deverão realizar uma prova de aptidão física certificada através de exame médico desportivo.
2. O exame médico desportivo deve ser realizado antes da filiação, sendo entregue na FPDD para posterior realização do seguro desportivo.
3. A prática de Dança Desportiva exige que o exame médico desportivo declare a inexistência de contra-indicações no âmbito desta modalidade desportiva.

## **ABRANGÊNCIA**

1. Os exames médico desportivos são obrigatórios para todos os atletas de competição da modalidade.
2. Os exames médico desportivos são facultativos para treinadores, juizes de prova, dirigente e outros agentes desportivos.

## **VALIDADE**

1. O exame médico desportivo tem validade anual e tem de ser renovado no mês correspondente à data de aniversário do seu titular.
2. Os atletas ao efectuarem a sua filiação têm de apresentar um exame intercalar que cubra o período decorrente até à renovação do mesmo.
3. O formulário de exame médico desportivo consta no ANEXO I.
4. O formulário do exame medico desportivo só é válido se devidamente preenchido com todas as informações requeridas.
5. A não renovação do exame médico desportivo invalida a participação em provas desportivas.
6. Não é permitido a entrega de qualquer tipo de declaração em substituição do exame médico desportivo.

# **ANEXO I**

## EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DATA

NOME

C.C.

D. NASCIMENTO  NACIONALIDADE

MORADA

NOME/MÉDICO

COLAR VINHETA DO MÉDICO OU CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MEDICINA DESPORTIVA
<b>DECISÃO MÉDICA</b>
APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE
NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES
QUAIS <input type="text"/>
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 DA MODALIDADE
NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES
QUAIS <input type="text"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Perdas de consciencia? Epilepsia?			
4. Teve alguma lesão no desporto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?			
6. Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substancias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Toma regularmente algum medicamento?			
8. Doenças alérgicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Asma, pneumotorax, tuberculose?(outras doenças pulmonares)			
10. Doenças do aparelho digestivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Doenças do coração?			
12. Doenças renais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Doenças ósseas (coluna ou articulações)?			
14. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Doenças do sangue?			
16. Doenças mentais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Doenças da pele?			
18. Teve alguma doença aqui não mencionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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.Cardioopatias		
6.Hipertensão arterial		
7.Doenças do aparelho digestivo		
8.Asma bronquica, 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