



Boletim Médico Anual

(de acordo com o Anexo L do CDI - Capítulo II)

Nome							Última Licença FPAK				
Morada											
Localidade				Código Postal				Data de Nascimento			
Nacionalidade				Email							
NIF			CU/SNS			BI/CC/Passaporte			Validade		
Grupo Sanguíneo		RH		Vacinas	Sim	Não	Vacina antitetânica/Validade				
Lic. Condução			Validade				C/ Restrições		Códigos		

CONCLUSÃO /RESULTADO

Após exame de avaliação e face aos resultados obtidos, declaro que o praticante desportivo, se encontra Apto para a prática do desporto automóvel, de acordo com as normas da FIA e FPAK, Sem Restrições _____, Com Restrições _____

Quais? _____

Nome de Médico: _____ C P N°. _____

Data: ___/___/_____ Assinatura: _____

Vinheta
Obrigatória

1.	DECLARAÇÕES PESSOAIS	SIM ¹	NÃO	ANO ²
1	Esteve hospitalizado?			
2	Foi operado?			
3	Perdas de consciência?			
4	Epilepsia?			
5	Teve alguma lesão no desporto? Qual?			
6	Hábitos Alcoólicos?			
7	Hábitos Tabagísticos?			
8	Consumo de Narcóticos / Estimulantes / Outras substâncias			
9	Toma regularmente algum medicamento? Qual			
10	Doenças Alérgicas?			
11	Asma, Pneumotórax, Tuberculose, outras doenças pulmonares?			
12	Doenças do Aparelho Digestivo?			
13	Doenças do Coração?			
14	Doenças Renais?			
15	Doenças Ósseas (Coluna, Articulações)?			
16	Diabetes?			
17	Doenças do Sangue?			
18	Doenças Mentais?			
19	Doenças de Pele?			
20	Teve alguma doença que não foi aqui mencionada? Qual?			
21	É portador de doença crónica (diabetes, hipertensão, outra, descompensada)			
22	É portador de alguma deficiência física/motora (congénita e/ou adquirida) ³			
23	Desportos motorizados: Tem alguma restrição na licença de condução?			
24	Já fez um Exame Médico Desportivo?			
25	Resultado do Exame Anterior?			
26	Descrever as questões referidas em 20, 21, 22 e 23 e enviar relatórios que comprovem os seus problemas:			

1) Caso assinale sim, é obrigatório assinalar o ano;

2) Nome tem de ser colocado na pág.2;

3) Deficiência congénita, quando surge desde a nascença; adquirida, quando resultou de doença ou lesão traumática

O titular deste boletim declara, por sua honra:

1) Que as informações prestadas, à data, são verdadeiras e exatas, quanto ao seu estado físico, neuro sensorial e psíquico.

2) Que se compromete, a não fazer uso de drogas ilícitas e/ou métodos proibidos, pela FPAK, ADoP (Agência Antidopagem Portugal) e WADA (Agência Mundial Antidopagem).

3) Compromisso de informar a Direção Clínica da FPAK, caso surja algum problema de saúde após a realização deste Exame Médico, que ponha em causa a segurança dos praticantes e/ou público em geral

Data: ___/___/_____

Assinatura (conforme CC): _____

Nome: _____

2	ANTECEDENTES FAMILIARES	Sim	Não
2.1	Doenças Cardiovasculares		
2.2	Morte súbita		
2.3	Asma		
2.4	Diabetes		
2.5	Epilepsia		
2.6	Tumores		
2.7	Doenças hematológicas		
2.8	Outras		
Nº. de Código se Sim 1 Pais; 2 Avós; 3 Irmãos			
3	ANTECEDENTES PESSOAIS	Sim	Não
3.1	Operações/cirurgias		
3.2	Perdas de consciência		
3.3	Traumatismos cranianos		
3.4	Fraturas ósseas		
3.5	Amputações de membros		
3.6	Défices motores/f. muscular		
3.7	Cardiopatias		
3.8	D. Aparelho digestivo		
3.9	Asma/DPOC/Rinite/Sinusite		
3.10	Doenças Imunoalérgicas		
3.11	Doenças Hepáticas		
3.12	Epilepsia		
3.13	Doenças Neurológicas		
3.14	Diabetes		
3.15	Hábitos Tabágicos/alcoólicos		
3.16	Vacinas (Tétano/hepatite B/COVID19)		
4	ANTECEDENTES DESPORTIVOS	Sim	Não
4.1	Já fez desporto de competição		
4.2	Faz desporto regularmente		
4.3	Vai retomar atividade física		
4.4	Quantos treinos semanais (nº horas p/ treino)		
5	EXAME BIOMÉTRICO	Medidas	
5.1	Peso:		Kg
5.2	Altura		Cm
6	EXAME ECTOSCÓPICO	Sim	Não
6.1	Desenvolvimento normal		
6.2	Alterações Dermatológicas/cicatrizes		
6.3	Escoliose/cifose/lordose		
6.4	Dismetria dos membros		
6.5	Genus valgus / Genus varus		
6.6	Pé plano / Pé cavo		
6.7	Hérnias / Varizes		
6.8	Outros		

7	EXAME OFTALMOLÓGICO	Dto.	Esq.		
7.1	Acuidade visual s/correção	/10	/10		
7.2	Acuidade visual c/correção	/10	/10		
7.3	Miopia/Hipermetropia/ Astigmatismo				
7.4	Estrabismo				
7.5	Visão cromática				
7.6	Outros				
8	EXAME DE ORL	LD		LE	
		Sim	Não	Sim	Não
8.1	Audição a 5m s alterações				
8.2	Sinusite/otite/outros				

9	EXAME ESTOMATOLÓGICO	Sim	Não
9.1	S/ cáries/tratados/falhas/prótese		
9.2	Cáries não tratadas		

10	EXAME DO ABDOMEN	Sim	Não
10.1	Organomegália/hérnias		
10.2	Massa palpáveis		
10.3	Outros, quais?		

11	EXAME GÊNITO-URINÁRIO	Sim	Não
11.1	Menarca		
11.2	Alterações do ciclo menstrual		
11.3	Hematuria/proteinúria/glicosúria		
11.4	Outros, quais?		

12	EXAME CARDIO-RESPIRATÓRIO	Sim	Não	
12.1	Pulso radial (simétrico, síncrono)			
12.2	Pulso femoral (simétrico, síncrono)			
12.3	Auscultação cardíaca normal			
12.4	Auscultação pulmonar normal			
12.5	ECG normal (obrigatório ≥ 45anos)			
12.6	P. esforço (recomendado ≥ 45anos; obrigatório p licença internacional)			
12.7	Rx tórax normal (recomendado)-Data	/	/	/
12.8	Outros			
12.9	Frequência Cardíaca		/minuto	
12.10	Tensão arterial		mmHg	

Descrição das patologias referenciadas/outros exames			

Face ao exame efectuado, declaro que, o detentor se encontra apto, segundo as normas médicas da FIA e FPAK, para a prática do Desporto Automóvel.

Data: ____/____/____ Cédula nº: _____
 Profissional: _____

Colocar
Vinheta ou
Carimbo