



Boletim Médico

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

NOTA: O Boletim Médico não pode ter mais de 3 meses de validade na altura do pedido de licença

Nome:			
Morada:			
Localidade:	Código Postal:	-	Data de Nascimento: / /
Nacionalidade:	Email:		
NIF:	CU/SNS:	BI/CC/Passaporte:	Validade: / /
Vacinas: Sim Não	Vacina antitetânica / Validade: / /		
Lic. Condução:	Validade: / /	C/ Restrições: Sim Não	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 (conforme CC): _____	Vinheta Obrigatória
--	------------------------

Cortar pelo picotado e enviar este cabeçalho para a FPAK. A restante informação é confidencial e fica c/ o atleta

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 assinalar 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	Hipertensão Arterial		
2.3	Morte súbita		
2.4	Asma		
2.5	Diabetes		
2.6	Epilepsia		
2.7	Tumores		
2.8	Doenças hematológicas		
2.9	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	Nº de treinos semanais (nº horas p/ treino)	vezes/s	h
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 _____ anos				
11.2	Alterações do ciclo menstrual				
11.3	Hematúria/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					