

# EXAME FÍSICO - ATLETA PROFISSIONAL



**Somente** um médico pode realizar esse exame e preencher este formulário.

Por favor, preencha este formulário na sua totalidade.

\_\_\_/\_\_\_/2017

Para/To: Comissão Atlética Brasileira de MMA - CABMMA

Nome Completo/ Full Name: \_\_\_\_\_

Sexo/Gender: ( ) Masculino/Male ( ) Feminino/Female

Data de Nascimento/Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## HISTÓRICO FÍSICO: Por favor, verifique tudo que seja aplicado abaixo:

- Asma     Sangue na urina     Alergias     Desmaios     Ruptura (hérnia)
- Dores no peito     Operações     Falta de ar     Inchaço nas articulações
- Reumatismo     Diabetes     Dores de cabeça freqüentes     Convulsões
- Tosse crônica     Cuspir sangue

Hemorragia cerebral ou lesão grave na cabeça. Se SIM, explique: \_\_\_\_\_

Quando foi a última vez que você usou qualquer tipo de medicamento ou droga? (Especifique qual tipo e quando foi usado)

Alguma vez você já sofreu algum tipo de cirurgia?  Sim  Não (Especifique qual tipo e quando):

Quando foi a última vez que você tomou qualquer tipo de suplemento vitamínico? (Especifique qual tipo e quando):

Histório no MMA Profissional:  Vitórias     Derrotas     Vitórias por KO     Derrotas por KO

# EXAME FÍSICO - ATLETA PROFISSIONAL



Nome Completo/Full Name: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO

Aparência geral: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Cicatrizes: \_\_\_\_\_

Boca: \_\_\_\_\_ Dentes: \_\_\_\_\_ Uso de Prótese Dentária: \_\_\_\_\_ Amígdalas: \_\_\_\_\_ Pescoço: \_\_\_\_\_

Pulso em repouso: \_\_\_\_\_ Pulso após 100 saltos: \_\_\_\_\_

Pressão arterial: Em repouso: \_\_\_\_\_ Após 100 saltos: \_\_\_\_\_ 2 min. depois: \_\_\_\_\_

Glândulas aumentadas:  Sim  Não - Goiter:  Sim  Não

Coração: Ritmo do pulso  Regular  Irregular - Murmúrio Normal:  Sim  Não

Sistema músculo-esquelético: \_\_\_\_\_ Apical Impulse:  Pesado  Normal

Alargamento:  Sim  Não - Pulmões: Sibilos  Sim  Não - Abdômen: Fígado Alargado  Sim  Não

Peitos: Massas  Sim  Não - Endurado:  Sim  Não - Aumentados  Sim  Não

Baço Alargado:  Sim  Não - Hérnia  Sim  Não - Testículos: Normais  Sim  Não

### Observações:

Reflexos: Pupilas \_\_\_\_\_ Knee Jerks \_\_\_\_\_ Romberg \_\_\_\_\_ Babinski \_\_\_\_\_

Pele: Tonalidade \_\_\_\_\_ Assadura \_\_\_\_\_ Furúnculo \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

Feridas não cicatrizadas: \_\_\_\_\_

### Observações:

**HISTÓRICO DOS OLHOS:** Você já teve algum procedimento cirúrgico realizado em seu olho(s) ou em tecidos em torno de seu olho(s) que não sejam cortes simples da pele ao redor?  Sim  Não - Se SIM, por favor, explique:

**Você também deve ir a um Oftalmologista e realizar o EXAME OFTALMOLÓGICO para Atleta Profissional da Comissão Atlética Brasileira de MMA**

EXAME MÉDICO (conclusão): Com base em sua observação pessoal e revisão dos resultados dos testes e considerando as regras da Comissão, é a sua opinião médica que o atleta está fisicamente apto para ser licenciado e competir em esportes de combate?

Sim  Não

Se não, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Atleta

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2017  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico