

Somente um médico pode realizar esse exame e preencher este formulário.
Por favor, preencha este formulário na sua totalidade.

___/___/2018

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

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

_____/_____/2018

Data

Assinatura e Carimbo do Médico