

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

\_\_\_/\_\_\_/2020

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020  
Data

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