

| 2. ANTECEDENTES FAMILIARES | SIM | NÃO |
|-----------------------------|-----|-----|
| 1. Doenças Cardiovasculares | | |
| 2. Morte Súbita | | |
| 3. Asma | | |
| 4. Diabetes | | |
| 5. Epilepsia | | |
| 6. Tumores | | |
| 7. Doenças Hematológicas | | |
| 8. Outros | | |

* Ponha nº de código se a resposta for SIM: Pais 1/Avós2/Irmãos 3

| 3. ANTECEDENTES PESSOAIS | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| 1. Operações | | |
| 2. Perdas de Consciência | | |
| 3. Traumatismos Cranianos ou Fracturas Ósseas | | |
| 4. Cardiopatias | | |
| 5. Doenças do Aparelho Digestivo | | |
| 6. Asma Bronquica, Alergias Rinite | | |
| 7. Hepatites | | |
| 8. Diabetes | | |
| 9. Epilepsia | | |
| 10. Hábitos Alcoólicos/Tabágicos | | |
| 11. Vacinas Actualizadas (Tétano,Hepatite B) | | |
| 12. Outros | | |
| 13. | | |
| 14. | | |
| 15. | | |
| 16. | | |

| 4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS | SIM | NÃO |
|--|-----|-----|
| 1. Já fez desporto de competição? | | |
| 2. Faz desporto regularmente? | | |
| 3. Vai retomar a actividade física? | | |
| 4. Quantos Treinos Semanais? (Nº Horas por Treino) | | |

| 5. EXAME BIOMÉTRICO | | |
|---------------------|--|----|
| 1. Peso | | Kg |
| 2. Estatura | | Cm |

| 6. EXAME ECTOSCÓPICO | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| 1. Desenvolvimento Normal | | |
| 2. Alterações Dermatológicas/Cicatrizes | | |
| 3. Escoliose /Cifose/ Lordose | | |
| 4. Dismetria dos Membros | | |
| 5. Genus Valgus/ Genus Varus | | |
| 6. Pé Plano/ Pé Cavo | | |
| 7. Hérnias/ Varizes | | |
| 8. Outros | | |

| 7. EXAME OFTALMOLÓGICO | DIR. | ESQ. |
|---|------|------|
| 1. Acuidade Visual sem Corecção | /10 | /10 |
| 2. Acuidade Visual com Corecção (Óculos/Lentes de Contacto) | /10 | /10 |
| 3. Miopia/Hipermetropia/Estrabismo/Astigmatismo) | | |
| 4. Visão das Cores | | |
| 5. Outros | | |

| 8. EXAME O. R. L. | L.D. | | L.E. | |
|---------------------------------|------|-----|------|-----|
| | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 1. Audição a 5 m sem Alterações | | | | |
| 2. Sinusite/ Otite/ Outros | | | | |

| 9. EXAME ESTOMATOLÓGICO | SIM | NÃO |
|--|-----|-----|
| 1. Sem Cárie/ Cárie Tratada/ Faltas/ Prótese | | |
| 2. Cáries não Tratadas | | |

| 10. EXAME DO ABDÓMEN | SIM | NÃO |
|---------------------------|-----|-----|
| 1. Organomegalia/ Hérnias | | |
| 2. Outros. Quais? | | |

| 11. EXAME GÉNITO-URINÁRIO | SIM | NÃO |
|--------------------------------------|-----|-----|
| 1. Menarca (Idade) | | |
| 2. Alterações do Ciclo Mestruar | | |
| 3. Hematuria/Proteinúria/ Glicosúria | | |
| 4. Outros. Quais? | | |

| 12. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO | SIM | NÃO |
|---|-----|--------|
| 1. Pulso Radial (Simétricos, Palpáveis e Sincronos) | | |
| Pulso Femural (Simétricos, Palpáveis e Sincronos) | | |
| 2. Auscultação Cardíaca Normal | | |
| 3. Auscultação Pulmonar Normal | | |
| 4. E. C. G. Normal (de Esforço a partir do 45º aniversário) | | |
| 5. Radigrafia do Tórax Normal (Data / /) | | |
| 6. Outros | | |
| 7. Frequência Cardíaca | | / min. |
| 8. P. Arterial | | / mmHg |

OBSERVAÇÕES (Descrição da Patologia Referenciada ou outros exames)

A .

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

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 / /

O Médico

N.º Cédula Profissional

(Colocar vinheta)