

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)