

## REFERTO DI FERMO MEDICO

All'atleta \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
della A.S.D. \_\_\_\_\_ Tessera n° \_\_\_\_\_ che ha combattuto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
contro \_\_\_\_\_, nella specialità \_\_\_\_\_, vincendo/ perdendo alla \_\_\_\_\_ ripresa  
per verdetto di \_\_\_\_\_ è prescritto un fermo medico di:

minuti 30 ; ore 1 ; ore 2 ; ore 4 ; ore 8 ; gg. 1 ; gg. 7 ; gg. 15 ; gg. 30 ; altro: \_\_\_\_\_

(Sospensione Cautelare (SC) fermo medico minimo 7 giorni). (Per verdetto di KOH, RSCH minimo 30 giorni).

Per tutti gli altri verdetti di fermo si rimanda alla valutazione medica.

### Necessita di visita di reintegro: SI – NO

Come da regolamento sanitario e legislazione vigente l'Atleta, dopo il periodo di fermo, dovrà sottoporsi a visita di reintegro e esibire il presente verbale di fermo e eventuali esami integrativi richiesti dal medico di riunione e/o dalla CMF.

Ha subito KD? NO - SI Quante volte? ..... Vi è stata perdita di coscienza? NO - SI, minuti ..... secondi .....

Sintomatologia ed obiettività: \_\_\_\_\_

Esame neurologico: \_\_\_\_\_

Trauma cranico: NO - SI

Trauma cervicale: NO - SI

Trauma addominale: NO - SI

Lesioni cutanee: NO - SI

Lesioni osteo-articolari: NO - SI

Lesioni muscolari: NO - SI

Lesioni oculari: NO - SI

Lesioni ORL: NO - SI

Terapia eventuale: \_\_\_\_\_

Immobilizzazione, suture e medicazioni: \_\_\_\_\_

Osservazioni: \_\_\_\_\_

Ospedalizzazione (obbligatoria in caso di KO per colpi al capo): NO - SI - RIFIUTA

### AL MEDICO DELLO SPORT PER IL REINTEGRO

Per i sintomi e segni evidenziati dall'Atleta è obbligatorio eseguire i seguenti esami e/o visite contrassegnate e che siano esibiti alla visita di reintegro (D.M.18/02/1982, nota D) e inviati in copia alla CMF:

- |                                |                               |                              |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| - EEG: NO - SI                 | - Visita Neurologica: NO - SI | - Visita Oculistica: NO - SI |
| - Visita ORL: NO - SI          | - Visita Ortopedica: NO - SI  | - Ecografia Addome: NO - SI  |
| - Ecografia Muscolare: NO - SI | - Rx: NO - SI                 | - RMN Encefalo: NO - SI      |
| - TAC: NO - SI                 | - Emocromo: NO - SI           | - Altro: _____               |

E' obbligatorio esibire al medico dello sport e alla C.M.F., in caso di ospedalizzazione, il referto di P.S.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'ATLETA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TECNICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO DI BORDORING