



ITALIAN AUTHORITY of BOXING (ITAB)
Via chiesa della salute 97/b, 10147 Torino, ITA
Tel: +44 (0) 20 3300 0282 - +39 3387767216
web: www.itaboxing.it e.mail: medicaloffice@itaboxing.it

MODULO DI ESAME MEDICO PER PUGILE

(Da compilare al momento della domanda e annualmente al momento del pagamento della licenza)

Nota per il richiedente:

Questo esame deve essere effettuato da un medico qualificato iscritto all'albo professionale.

Nota per l'esame medico:

Il presente form compilato una volta completato, deve essere inoltrato al rappresentante della Italian Authority of Boxing o all'indirizzo sopra indicato. La Commissione per l'esame è pagabile dal pugile.

DOMANDE DA PARTE DEL DOTTORE CHE ESAMINA

Nome personale completo _____
(Stampatello)

Nome di pugile professionista (se diverso da sopra)

(Stampatello)

Indirizzo _____
(Stampatello)

Data di nascita _____ Stato civile _____

Telefono/Cellulare _____ @.Mail: _____

Occupazione (diversa dal pugile) _____

Manager o Manager proposto _____

Hai mai posseduto una licenza in precedenza _____

Se è così, dare precedenti record di contest :

No. _____ Vinti _____ Perso _____ Contati _____ Fermato _____

Record amatoriale / senza licenza, se presente _____

1. Sei in buona salute per quanto ne sai _____
2. Hai mai sofferto in qualsiasi momento di malattie gravi, infortuni, incidenti o disabilità. se è così, dai dettagli _____
3. Hai mai sofferto in qualsiasi momento da una delle seguenti (in tal caso fornisci tutti i dettagli - Dottori consultati e risultati delle indagini).
Mal di testa, blackout o attacchi _____
Stati d'ansia o depressioni _____
Paralisi o qualsiasi altro disturbo mentale o nervoso _____
Hai visto uno psichiatra o preso tranquillanti _____
4. Disturbi visivi, come diplopia, visione offuscata o indossi occhiali o lenti a contatto

5. Qualsiasi scarica dell'orecchio, sordità, ecc: _____
6. Malattie cardiache, ipertensione, soffi cardiaci, vene varicose, reumatismi o scarlattina

7. Qualsiasi asma, bronchite, polmonite o T.B, sinusite o qualsiasi difficoltà nella respirazione nasale _____
8. Qualsiasi indigestione cronica, ulcere duodenali o dello stomaco, cistifellea o malattia del fegato, appendicite,
ernia, disturbi intestinali, morbo di Crohn, emorroidi, ecc. _____
9. Qualsiasi problema ai reni o alla vescica, diabete, colica renale, ematuria, infezioni veneree o prostatite _____
10. Qualsiasi problema alle ossa o alle articolazioni, ad es. lesioni alle mani, fratture, ecc. _____
11. Eventuali malattie della pelle _____ allergie _____
12. Sei o hai frequentato il tuo medico o l'ospedale regolarmente per qualsiasi motivo _____
13. Prendi regolarmente compresse / medicinali, ecc _____

14. Data e risultato dell'ultima radiografia (se presente) _____

15. Qualsiasi altra indagine, cioè analisi del sangue, raggi X, E.C.G., E.E.G. _____

Numero di sigarette fumate al giorno _____

Assunzione giornaliera di alcol _____

Storia familiare

Padre (età e salute) _____ Madre (età e salute) _____

Fratelli (età e salute) _____ Sorelle (età e salute) _____

Con la presente concedo il mio consenso alla Italian Authority of Boxing ed i suoi Medici Officiali di contattare il mio medico per ottenere informazioni mediche relative alla mia richiesta per praticare la boxe professionistica.

Firma del pugile _____

Firma del dottore _____

VISITA MEDICA

Altezza _____ Peso _____

Descrivi la struttura ecc. Se sovrappeso, è in eccesso equamente distribuito _____

Se lui / lei ha avuto una scansione cerebrale MRI / MRA, indicare la data. _____

Batito _____ Battito apicale _____

Pressione del sangue (se sopra 140/90 registra 3 letture successive ad intervalli di 5 minuti) _____

Suoni di cuore _____

Qualsiasi mormorio _____

Se così descrivi _____

Eventuali vene varicose _____ Exercise tolerance _____

Sistema respiratorio

Movimenti del petto _____ Trachea _____

Note a percussione _____ Ingresso aereo _____ Suoni di respiro _____ Suoni aggiunti _____

Addome

Eventuali cicatrici, tenerezze o masse - se si, descrivi _____

Sono palpabili fegato, milza e reni _____

Hernia orifices /Orni di ernia _____ Genitali _____ urina _____

Sistemi nervosi centrali

Nervi cranici _____ pupilla _____ Fondo ottico _____

nistagmo _____ Rombergism _____

Arti

Tono _____ Power/Energia _____ Coordinazione _____ Sensazione _____

riflessi _____ Risposte plantari _____

Any psychoneurosis _____ se si, descrivi _____

Sistema scheletrico

Spina cervicale _____ Spalle _____ gomiti _____ Polsi e mani _____

Zona lombare _____ Fianchi _____ ginocchia _____ caviglie _____

Vaccinazione e screening dell'HIV e dell'epatite

Vaccinazione e screening dell'HIV e dell'epatite _____ **Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB**

Antigene dell'epatite C: - Data del test _____ **Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB**

Antigene dell'epatite B: - Data del test _____ **Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB**

Anticorpo di superficie dell'epatite B: - Data del test _____ **Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB**

Vaccinazione dell'epatite B: - Data della prima dose _____ **Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB**

Si prega di notare che ogni pugile deve completare il corso di vaccinazione dell'epatite B, il corso consiste di tre dosi. La seconda dose viene somministrata un mese dopo la prima dose e la terza dose viene somministrata cinque mesi dopo la seconda dose. Questo corso deve essere completato e la prova delle date deve essere inoltrata alla sede della Italian Authority of Boxing.

Orecchie

Qualsiasi otite

Tamburo _____ udito _____ Any otitis _____

NOTA PER L'ESAME DEL MEDICO - Se si notano anomalie, si prega di approfondire ulteriormente e di consultare tutti i documenti pertinenti al capo ufficiale medico della Commissione presso la sede della Italian Authority of Boxing con questo modulo.

Data dell'esame _____

SONO SODDISFATTO PER QUANTO RIGUARDA L'IDENTITÀ CORRETTA DELL'ESAMINATO, CHE HA PRODOTTO PER ME ID FOTOGRAFICO COME LA SUA LICENZA DA PUGILE, PATENTE DI GUIDA O PASSAPORTO, O ALTERNATIVAMENTE, CONFERMO LA SUA SOMIGLIANZA FIRMANDO LA FOTOGRAFIA ALLEGATA.

Firma e timbro del medico esaminante _____

COMMENTI (Qualsiasi):

DA COMPLETARE DAL DIRIGENTE MEDICO (O DEL SUO DEPUTATO)

CONFIDENZIALE

Ai delegati della Italian Authority of Boxing.

La seguente raccomandazione è fatta nel caso di:

Nome _____

(a) Licenza concessa o rinnovata _____

(b) Licenza non concessa / rinnovata _____

Data: _____

Firma _____

Esame oculistico:

Test dell'occhio che deve essere completato da un oculista / consulente ophthalmico

Norme visive (figure tipo di Snellen senza occhiali) _____

Campi visivi _____

Tensione oculare _____

Movimenti oculari _____

Esame oftalmoscopico (con particolare attenzione ai difetti retinici) _____

Data dell'esame _____

SONO SODDISFATTO PER QUANTO RIGUARDA L'IDENTITÀ CORRETTA DELL'ESAMINATO, CHE HA PRODOTTO PER ME ID FOTOGRAFICO COME LA SUA LICENZA DA PUGILE, PATENTE DI GUIDA O PASSAPORTO, O ALTERNATIVAMENTE, CONFERMO LA SUA SOMIGLIANZA FIRMANDO LA FOTOGRAFIA ALLEGATA.

Firma e timbro dell'ottico / consulente _____