

# 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 \_\_\_\_\_ (minimo 30 gg per verdetto di KO, RSCH, RSC, ABB),  
(Sospensione Cautelare (SC) fermo medico 7 giorni).

## 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.

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

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

\_\_\_\_\_  
**FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO DI BORDO RING**

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 _____                    | - 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 BORDO RING**