FOGLIO DI RACCOLTA DATI SANITARI

(Sperimentazione per competizioni con 2 incontri nella stessa giornata)

Nome:		**Cognome:**	
Luogo e Data di nascita:		**Peso (kg):**	**Età:**
Specialità ultimo incontro	**Specialità incontro odierno e serie**	**Risultato ultimo incontro**	**Data ultimo incontro**

Esame Obiettivo pre-gara prima del 1° incontro	**Esame Obiettivo pre-gara prima del 2° incontro**
Idoneità 1° incontro: **SI** ☐ **NO** ☐	**Idoneità 2° incontro:** **SI** ☐ **NO** ☐
Se NO specificare i motivi : _____	Se NO specificare i motivi : _____

Risultato 1° incotro: VINCE ☐ **- PERDE** ☐, indicare esito incontro:	**Risultato 2° incotro: VINCE** ☐ **- PERDE** ☐, indicare esito incontro:
P - KO - KD - DISQ - RSC - RSCI - RSCH - WO - AB	P - KO - KD - DISQ - RSC - RSCI - RSCH - WO - AB
Numero conteggi 1° incontro (indicare n° KD per round)	Numero conteggi 2° incontro (indicare n° KD per round)

TESTA			CORPO			TESTA			CORPO		
Round 1	Round 2	Round 3	Round 1	Round 2	Round 3	Round 1	Round 2	Round 3	Round 1	Round 2	Round 3

In caso di sconfitta per KO,KD,RSC, RSCH,RSCI al 1° incontro				In caso di sconfitta per KO,KD,RSC, RSCH,RSCI al 2° incontro			
Indicare (X) il round in cui il match è terminato	Round 1	Round 2	Round 3	Indicare (X) il round in cui il match è terminato	Round 1	Round 2	Round 3

Vi è stata perdita di coscienza? SI ☐ per quanto tempo? _____minuti_____secondi, NO ☐	Vi è stata perdita di coscienza? SI ☐ per quanto tempo? _____minuti_____secondi, NO ☐
Sede di eventuali lesioni durante il 1° incontro e commenti	**Sede di eventuali lesioni durante il 2° incontro e commenti**
Esame Obiettivo _____	Esame Obiettivo _____
Esame Neurologico _____	Esame Neurologico _____
Lesioni Cutanee _____	Lesioni Cutanee _____
Lesioni Oculari _____	Lesioni Oculari _____
Lesioni ORL _____	Lesioni ORL _____
Lesioni Osteoarticolari _____	Lesioni Osteoarticolari _____
Traumi addominali _____	Traumi addominali _____
Traumi Muscolotendinei _____	Traumi Muscolotendinei _____
Sono Stati somministrati farmaci?_____Quali?_____	Sono Stati somministrati farmaci?_____Quali?_____
Sono state effettuate medicazioni, suture o immobilizzazioni? _____	Sono state effettuate medicazioni, suture o immobilizzazioni? _____
E stata prescritta ospedalizzazionie? _____	E stata prescritta ospedalizzazionie? _____
Osservazioni:	Osservazioni:

Luogo e data incontro

_____

DISCIPLINA SPORTIVA ASSOCIATA RICONOSCIUTA DAL **CONI**

Timbro e Firma del Medico

_____