



LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

Atestado Médico

Seção A - História da medicina

Nome: _____
Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ Idade: _____
Profissão: _____ Sexo: ___ Masculino/ ___ Feminino
Endereço: _____
Cidade / Estado: _____ País: _____
Cep: _____
Nome da equipe: _____

(Se for integrante do revezamento)

Se a resposta a qualquer uma das perguntas 1 a 14 for SIM, por favor, dê mais detalhes no verso.

Alguma vez você já sofreu qualquer um dos seguintes sintomas?

1. Patologias de ouvido, dor de ouvido, otorrêia ou surdez: SIM / NÃO;
2. Cavidades paranasais, patologias: SIM / NÃO;
3. Dor no peito, bronquite, histórico de insuficiência respiratória SIM / NÃO;
4. Episódios de tontura ou desmaios SIM / NÃO;
5. Distúrbios neurológicos ou dores de cabeça persistente SIM / NÃO;
6. Ansiedade, fobias, surtos nervosos SIM / NÃO;
7. Patologia do coração e circulação, pressão arterial elevada SIM / NÃO;
8. Você tem diabetes? SIM / NÃO;
9. Você toma regularmente qualquer medicação ou faz outro tratamento com ou sem prescrição médica? SIM / NÃO;
10. Atualmente, você está recebendo cuidados médicos ou foi consultado por qualquer médico no ano passado? SIM / NÃO;
11. Você já foi reprovado em algum exame médico? SIM / NÃO;
12. Você fuma? SIM / NÃO;
13. Nos últimos cinco anos você foi internado em algum hospital? SIM / NÃO;
14. Você teve consulta médica prévia para a Travessia do Leme ao Pontal? SIM / NÃO;

- a) Se a resposta da pergunta 14 for "sim", o resultado da consulta médica foi satisfatório? SIM / NÃO;
- b) Se a resposta da pergunta 14 for "não", por favor, dê mais detalhes no verso.

Vale ressaltar que os formulários incompletos serão devolvidos e a sua travessia pode ser adiada



LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

Nota: Se o médico do atleta alterar qualquer resposta deste formulário, a LPSA deverá ser notificada com a maior brevidade possível, obrigatoriamente antes da realização da travessia.

Certificado Médico

Seção A (História médica)

Se as suas respostas não couberem nestes espaços, favor anexar uma folha ao final deste formulário.

Declaro que estou em boa saúde geral e que não omiti qualquer informação, que possa ser relevante para a minha aptidão para realizar a Travessia.

Caso a LPSA solicite, eu autorizo o meu médico e médicos assessores e/ou assistentes a divulgarem qualquer detalhe referente ao meu histórico médico (passado e/ou presente). Concordo também que a informação relevante sobre a minha saúde pode ser divulgada às pessoas diretamente relacionadas com a minha tentativa de realizar a travessia.

EU sou consciente que Travessia pode ser extremamente árdua, tanto mentalmente quanto fisicamente.

EU declaro que informei voluntariamente à LPSA as minhas condições médicas por meio deste formulário antes da minha tentativa de realizar a Travessia.

Assinatura:

(Candidato)

Data ___ / ___ / ___

(Na presença do médico)

Assinatura:

(Pais/encarregados de educação se o nadador tiver menos de 18 anos)

Data ___ / ___ / ___

(Na presença do médico)

Assinatura:

(Médico)

Data ___ / ___ / ___



LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

Nome do médico:

Telefone

(____) _____

Endereço do consultório médico:

Quanto ao exame “Seção B”, procure um médico de sua confiança para realizá-lo.

Lembre-se que os pedidos particulares para raios-X geralmente não são prioritários. Qualquer taxa em relação a este exame médico é de inteira responsabilidade do nadador.

A LPSA chama a atenção para o parágrafo sobre o abuso de drogas no pacote de informações neste regulamento. Os testes aleatórios de drogas podem ocorrer durante todo o ano.

Ambos os atestados médicos da “**Seção A: história da medicina**” e “**Seção B: exame médico**” devem ser totalmente preenchidos e devolvidos, o quanto antes, à LPSA juntamente com o seu formulário de inscrição (No máximo até dois meses antes da sua travessia).

Por favor, verifique se o secretário da LPSA e o piloto do barco escolta têm o telefone do seu contato de emergência para o dia da travessia.

Todos aqueles que viajarem com os atletas que nadarão o revezamento também devem fornecer os dados para a pessoa que a equipe nomeou como contato de emergência central.

O participante da travessia também deve pedir ao contato de emergência para estar com o telefone disponível durante todo o período do desafio.

INTENCIONAMENTE EM BRANCO



LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

Seção B

Para o EXAME DO MÉDICO acima desejo ser examinado para verificar as minhas condições físicas com o objetivo de realizar a Travessia em água fria por uma longa distância.

ALTURA: _____ (metro)

PESO: _____ (kg)

Orelhas:

TÍMPANO ESQUERDO: _____

TÍMPANO DIREITO: _____

CONDUTO AUDITIVO ESQUERDO: _____

CONDUTO AUDITIVO DIREITO: _____

CAVIDADES PARANASAIS: _____

FOSSAS NASAIS: _____ OROFARINGE: _____

TÓRAX: _____

RADIOGRAFIA DE TÓRAX _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR: _____

FREQUÊNCIA CARDÍACA: _____ PA: _____

URINA: ALBUMINA _____ GLICOSE: _____

APARELHO OSTEOMUSCULAR: _____

SISTEMA NERVOSO: _____

ECG: _____

OBS: Se for encontrada no exame de CVS qualquer anormalidade relevante, a LPSA reserva-se ao direito de solicitar ao médico do atleta alguma descrição mais detalhada.

Observação: Favor continuar no verso, caso seja necessário.

.....

Após examinar, EU considero _____

APTO / INAPTO para realizar a Travessia.

Assinatura do médico

Data ___ / ___ / _____



LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

Nome do médico:

Endereço do consultório médico:

Telefone /Fax n^o: _____

Nota:

Todas as perguntas devem ser respondidas plenamente. Por favor, verifique e certifique-se de que os formulários médicos sejam preenchidos corretamente, assinados por você e pelo seu médico em todos os lugares necessários e devolvidos à LPSA até dois meses antes da data da travessia.

Muitos exames médicos são devolvidos incompletos. Estes não podem ser aceitos pela LPSA, o que pode impactar na realização da travessia.

Por favor, preencha com letra MAIÚSCULA.

Nome: _____

Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Código postal: _____ Telefone: _____

Ao fornecer abaixo o meu endereço de e-mail, concordo em receber eletronicamente informações da LPSA.

E-mail: _____

Nome da equipe do revezamento: _____

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Apenas um pacote de informação será enviado para o uso da mesma equipe.