



**F.I.K.B.M.S.**

Federazione Italiana

Kickboxing – Muay Thai – Savate – Shoot Boxe

**REFERTO DI VISITA MEDICA IN SEGUITO A PRESCRIZIONE DI FERMO**

Atleta \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_ Associazione o Società \_\_\_\_\_

Ha combattuto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ contro \_\_\_\_\_

vincendo/ perdendo alla \_\_\_\_\_ ripresa per \_\_\_\_\_

Periodo di riposo prescritto gg \_\_\_\_\_ (minimo 30 gg. per i verdetti di KO, Abbandono, RSC, RSCH, KOT dopodichè l'atleta dovrà sottoporsi alla visita di reintegrazione, come da legislazione vigente).

Firma per ricevuta dell'insegnante \_\_\_\_\_ Firma del medico di bordo ring \_\_\_\_\_

Ha subito KD si  quante volte? \_\_\_\_\_ no

Vi è stata perdita di conoscenza? si  no  per quanto tempo? \_\_\_\_\_ minuti \_\_\_\_\_ secondi \_\_\_\_\_

Sintomatologia \_\_\_\_\_

Esame obiettivo \_\_\_\_\_

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

Lesioni cutanee \_\_\_\_\_

Lesioni oculari \_\_\_\_\_

Lesioni ORL \_\_\_\_\_

Lesioni osteoarticolari \_\_\_\_\_

Traumi addominali \_\_\_\_\_

Traumi muscolotendinei \_\_\_\_\_

Sono stati somministrati farmaci? \_\_\_\_\_ quali? \_\_\_\_\_

Sono state effettuate medicazioni, suture o immobilizzazioni? \_\_\_\_\_

E' stata prescritta ospedalizzazione? \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

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

Timbro e firma del medico del ring

Firma per ricevuta dell'atleta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_