



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
