



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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Idoneità 2° incontro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Se NO specificare i motivi : _____				Se NO specificare i motivi : _____							
Risultato 1° incontro: VINCE <input type="checkbox"/> - PERDE <input type="checkbox"/> , indicare esito incontro:				Risultato 2° incontro: VINCE <input type="checkbox"/> - PERDE <input type="checkbox"/> , 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 <input type="checkbox"/> per quanto tempo? _____ minuti _____ secondi, NO <input type="checkbox"/>						Vi è stata perdita di coscienza? SI <input type="checkbox"/> per quanto tempo? _____ minuti _____ secondi, NO <input type="checkbox"/>					
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 ospedalizzazione? _____						E stata prescritta ospedalizzazione? _____					
Osservazioni:						Osservazioni:					

Luogo e data incontro



Timbro e Firma del Medico
