

# 文 化 體 育 局

編號 PROC. N.º \_\_\_\_\_

## DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE CULTURA E DESPORTO

運動員培訓及體育科學廳體育科學處

( 氹仔海洋花園 220 號一二樓：運動醫學中心 )

Divisão de Ciências do Desporto, Departamento de Formação de Atletas e de Ciências do Desporto

Centro de Medicina Desportiva

運 動 員 體 能 適 應 檢 查

### EXAME MÉDICO-DESPORTIVO

姓名 NOME: \_\_\_\_\_ 性別 SEXO: \_\_\_\_\_ 年齡 IDADE: \_\_\_\_\_

出生地點 NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ 出生日期 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

職業 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ 電話 TELEFONE: \_\_\_\_\_

住址 MORADA: \_\_\_\_\_ 日期 DATA: \_\_\_\_\_

參與項目 DESPORTO PRATICADO: \_\_\_\_\_ 所屬體育會 CLUBE: \_\_\_\_\_

所屬總會 ASS. DESP.: \_\_\_\_\_

衛生局求診卡號碼 N.º CARTÃO MÉDICO –SSM: \_\_\_\_\_ 身份證號碼 BIR. N.º: \_\_\_\_\_

#### 1. 個人聲明(回答以下問題)

DECLARAÇÕES PESSOAIS (responda às seguintes questões)

由運動員或監護人填寫(用 X 符號)

A PREENCHER PELO ATLETA OU ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO (ASSINALE COM X)

| 有 SIM | 無 NÃO | 年份 ANO |                                                                |
|-------|-------|--------|----------------------------------------------------------------|
| _____ | _____ | _____  | 1. 曾否住院? ESTEVE HOSPITALIZADO?                                 |
| _____ | _____ | _____  | 2. 曾否有創傷尤其是在頭部? SOFREU DE TRAUMATISMOS NOMEADAMENTE CRANIANOS? |
| _____ | _____ | _____  | 3. 精神焦慮? SOFRE DE DOENÇAS MENTAIS OU NERVOSAS?                 |
| _____ | _____ | _____  | 4. 吸煙習慣? TEM HÁBITOS TABÁGICOS?                                |
| _____ | _____ | _____  | 5. 飲酒習慣? TEM HÁBITOS ALCOÓLICOS?                               |
| _____ | _____ | _____  | 6. 耳痛、鼻竇炎? SOFRE DE DORES DE OUVIDOS, SINUSITE?                |
| _____ | _____ | _____  | 7. 肺病? PORTADORES DE DOENÇAS PULMONARES?                       |
| _____ | _____ | _____  | 8. 心臟病? SOFRE DE DOENÇAS DO CORAÇÃO?                           |
| _____ | _____ | _____  | 9. 消化系統疾病? SOFRE DE DOENÇAS NO APARELHO DIGESTIVO?             |
| _____ | _____ | _____  | 10. 腎病? SOFRE DOENÇAS RENAIAS?                                 |
| _____ | _____ | _____  | 11. 脊柱問題? TEM PROBLEMAS DE COLUNA?                             |
| _____ | _____ | _____  | 12. 糖尿病? SOFRE DE DIABETES?                                    |
| _____ | _____ | _____  | 13. 有否定時服用藥物? TOMA ALGUM MEDICAMENTO REGULARMENTE?             |
| _____ | _____ | _____  | 14. 患有上述無提及的疾病? 甚麼病?                                           |
| _____ | _____ | _____  | EXISTE ALGUMA DOENÇA QUE NÃO FOI ACIMA MENCIONADA? QUAL?       |
| _____ | _____ | _____  | 15. 曾否作運動體能適應檢查? JÁ FEZ UM EXAME MÉDICO DESPORTIVO?            |

16. 以往醫學檢查結果 RESULTADO DO EXAME MÉDICO ANTERIOR. 合格 APTO \_\_\_\_\_ 不合格 INAPTO \_\_\_\_\_

本人聲明上述資料均屬事實 CONFIRMO AS DECLARAÇÕES POR MIM EFECTUADAS COMO SENDO VERDADEIRAS

日期 DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

簽名 ASSINATURA: \_\_\_\_\_

(年齡等於或超過 18 歲者, 自行簽名, 而少於 18 歲者由監護人簽署。)

(O próprio, caso tenha idade igual ou superior a 18 anos, ou o encarregado de educação ou o tutor)

#### 2. 運動病史 ANTECEDENTES DESPORTIVOS

|                                                      | 是 SIM | 否 NÃO |
|------------------------------------------------------|-------|-------|
| 1. 曾否做過運動? JÁ PRATICOU DESPORTO? .....               | _____ | _____ |
| 2. 有規律地做運動? FAZ DESPORTO REGULARMENTE? .....         | _____ | _____ |
| 3. 每周訓練多少次? QUANTOS TREINOS SEMANAIS? .....          | _____ | _____ |
| 4. 每次訓練幾小時? QUANTAS HORAS POR TREINO? .....          | _____ | _____ |
| 5. 將重新再開始作運動? VAI RETOMAR A ACTIVIDADE FÍSICA? ..... | _____ | _____ |

## 3. 人體測量 EXAME BIOMÉTRICO

|                     |       |    |
|---------------------|-------|----|
| 1. 體重 PESO.....     | _____ | Kg |
| 2. 身高 ESTATURA..... | _____ | cm |

## 4. 口腔檢查 EXAME ESTOMATOLÓGICO

|                   |       |       |
|-------------------|-------|-------|
|                   | 是 SIM | 否 NÃO |
| 齲齒 CÁRIE DENTÁRIA | _____ | _____ |

## 5. 個人及家族病史 ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

|  |
|--|
|  |
|--|

## 6. 體表檢查 EXAME ECTOSCÓPICO

|                                              |       |       |
|----------------------------------------------|-------|-------|
|                                              | 是 SIM | 否 NÃO |
| 1. 皮膚病 ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS             | _____ | _____ |
| 2. 疤痕 CICATRIZES                             | _____ | _____ |
| 3. 疝 / 陰囊積水 HÉRNIAS/VARICOCELO               | _____ | _____ |
| 4. 靜脈曲張 VARIZES                              | _____ | _____ |
| 5. 肌肉發育正常 DESENVOLVIMENTO MUSCULAR NORMAL    | _____ | _____ |
| 6. 骨骼發育正常 DESENVOLVIMENTO ESQUELÉTICO NORMAL | _____ | _____ |
| 7. 四肢不對稱 DISMETRIA DOS MEMBROS               | _____ | _____ |
| 8. 脊柱側彎 ESCOLIOSE                            | _____ | _____ |
| 9. 脊柱後突、脊柱前彎 CIFOSE, LORDOSE                 | _____ | _____ |
| 10. 其他 OUTROS                                | _____ | _____ |

## 7. 眼科檢查 EXAME OFTALMOLÓGICO

|                               |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|
|                               | 是 SIM | 否 NÃO |
| 1. 正常 NORMAL .....            | _____ | _____ |
|                               | 左 Esq | 右 Dit |
| 2. 視力(裸)ACUIDADE VISUAL ..... | _____ | _____ |

## 8. 耳鼻喉科檢查 EXAME O.R.L.

|                 |       |       |
|-----------------|-------|-------|
|                 | 是 SIM | 否 NÃO |
| 正常 NORMAL ..... | _____ | _____ |

## 9. 心血管和呼吸系統檢查 EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO

|                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1. 脈搏 PULSOS (P/min.) .....          | _____                            |
| 2. 動脈血壓 PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)..... | 收縮壓 SIST. _____ 舒張壓 DIAST. _____ |
| 3. 心臟聽診 AUSCULTAÇÃO CARDÍACA .....   | _____                            |
| 4. 肺部聽診 AUSCULTAÇÃO PULMONAR .....   | _____                            |

## 10. 其他檢查 EXAMES COMPLEMENTARES

|                                                                           |              |               |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
|                                                                           | 正常<br>NORMAL | 異常<br>ANORMAL |
| 1. 胸部 X 光檢查 日期____/____/____ N.º ____<br>EXAME RADIOGRÁFICO DO TÓRAX DATA | _____        | _____         |
| 2. 心電圖 ECG                                                                | _____        | _____         |
| 3. 血紅蛋白 HEMOGLOBINEMIA                                                    | _____        | _____         |
| 4. 肺活量測試 CAPACIDADE VITAL FORÇADA (VC.FVC)                                | _____        | _____         |
| 5. 尿液檢查 TESTE DE URINA                                                    |              |               |
| 白蛋白尿 ALBUMINURIA                                                          | _____        | _____         |
| 尿糖 GLICOSURIA                                                             | _____        | _____         |
| 血尿 HEMATURIA                                                              | _____        | _____         |
| 6. 其他 OUTROS TESTES                                                       | _____        | _____         |

## 11. 醫生之意見 DECISÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日期 DATA _____ / _____ / _____                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">             * 無<br/>NÃO           </div> <div>             不適宜進行該項體育運動的意見<br/>apresenta contra-indicações<br/>para a prática da modalidade           </div> </div> |
| <div style="text-align: center;">             醫生簽名<br/>ASSINATURA DO MÉDICO           </div>                                                                                                                                                                                                  |

備註 OBSERVAÇÕES :

\* 若指明不適宜進行該項體育運動時,則把無字劃去。  
No caso de apresentar contra-indicações para a prática da modalidade riscar o NÃO.