



LUOGO: _____

DATA: _____

EVENTO: _____

RELAZIONE MEDICA

COGNOME e NOME dell'atleta: _____

NATO/A a: _____ il: _____

L'atleta, alle ore. _____ ha riportato infortunio (indicare se colpo, colpo fortuito, incidente, ecc.) _____

PROCEDURE IMMEDIATE ADOTTATE:

E.O: _____

E.O.N _____

P.A: _____ / _____ F.C _____ F.R. _____ atti/min.-Sat.O₂ in

aa _____

DIAGNOSI MEDICA:

PRESCRIZIONI DIAGNOSTICHE/TERAPIA:

Fermo di giorni: _____

Si richiede invio in PRONTO SOCCORSO per: _____

[firma medico]