



CONCUSSÃO - QUESTIONÁRIO

COMISSÃO MÉDICA E DE COMBATE À DOPAGEM - CBF

PARTIDA		
JOGADOR NÚMERO / EQUIPE		
DATA		
MINUTO		
CONTATO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
QUEDA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
CABEÇA - CABEÇA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
CABEÇA - CORPO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
CABEÇA - OBJETO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Especificar		

SINAIS

PERDA DE CONSCIÊNCIA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
CONVULSÃO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
NO SOLO SEM SE MOVIMENTAR	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
MARCHA INSTÁVEL COM CABEÇA BAIXA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
IRRITAÇÃO DESPROPORCIONAL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
VISÃO DUPLA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
DOR DE CABEÇA INTENSA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
VÔMITO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
OLHAR VAGO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
LESÃO FACIAL VISUAL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
OUTROS		

TESTE DE MEMÓRIA - PERGUNTE

	CORRETA	INCORRETA
QUE TORNEIO ESTAMOS DISPUTANDO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
CONTRA QUE EQUIPE ESTAMOS JOGANDO?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
EM QUAL CIDADE ESTAMOS JOGANDO?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
QUAL O RESULTADO DESTE JOGO?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
QUAL O NOME DO SEU TREINADOR?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

SEGUIMENTO

REMOVIDO PARA O HOSPITAL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÃO NO HOSPITAL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÃO HOTEL/DOMICÍLIO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

Assinatura: _____

Nome do médico: _____

Data: ____/____/____ Cidade: _____