

ITALIAN AUTHORITY of BOXING (ITABoxing)

via chiesa della salute 97/b - 10147 Torino - ITA

Tel: +44 (0)2033000282 - +39 (0)3387767216

web: www.itaboxing.it e.mail: medicaloffice@itaboxing.it

BOXERS MEDICAL EXAMINATION FORM MODULO DI ESAME MEDICO PER BOXER

(To be completed at time of application and annually when licence fee due)
(Da compilare alla presentazione della domanda e annualmente ad ogni rinnovo)

Note to Applicant / Nota per il richiedente :

This examination must be carried out by a Qualified Medical Practitioner, currently on the Medical Register.
Questo esame deve essere effettuato da un medico qualificato iscritto all'albo professionale.

Note to Examining Doctor / Nota per il medico esaminatore:

This form, when completed, should be forwarded to the Italian Authority of Boxing representative or to the above address. The Fee for the examination is payable by the Boxer.

Il presente modulo, una volta completato, potrà essere inoltrato al rappresentante della Italian Authority of Boxing o all'indirizzo sopra indicato. La Commissione per l'esame è pagabile dal Pugile.

QUESTIONS TO BE ASKED BY AN EXAMINING DOCTOR

DOMANDE DA PARTE DEL MEDICO ESAMINATORE

Full Personal Name / Nome personale completo

(Block Letters / Stampatello)

Professional Boxing Name (If different from above) / Nome da pugile professionista (se diverso)

(Block Letters / Stampatello)

Address / Indirizzo

(Block Letters / Stampatello)

Date of Birth / Data di nascita _____ Marital Status / Stato Civile _____

Telephone / Mobile: _____ @.Mail: _____

Occupation / Occupazione (Other than Boxer / se diversa da pugile) _____

Manager or proposed Manager / Manager o Manager proposto _____

Have you held a licence previously / Eventuale precedente licenza _____

If so, give past record of contests / se si, dichiarare il record degli incontri :

No. _____ Won _____ Lost _____ Counted Out _____ Stopped _____

Amateur/unlicensed record if any / Record dilettantistico/senza licenza, se presente _____

1. Are you in good health as far as you know / Ti ritieni in stato di buona salute? _____

2. Have you suffered at any time any serious illness, injury, accident or disability. if so give details

Hai mai sofferto in qualsiasi momento di malattie gravi, infortuni, incidenti o disabilità, in caso affermativo fornisci i dettagli _____

3. Have you suffered at any time from any of the following (If so give full details – Doctors consulted and results of investigations.

Hai mai sofferto dei sintomi seguenti (in caso affermativo fornire dettagli - Medici consultati e risultati delle indagini)

Headaches, blackouts or fits / Mal di testa, svenimenti o convulsioni _____

Anxiety states or depressions / Stati d'ansia o depressione _____

Paralysis or any other mental or nervous diseases / Paralisi o qualsiasi altro disturbo neurologico

Have you seen a psychiatrist or taken tranquillisers / Hai visto uno psichiatra o preso tranquillanti?

4. Visual disturbances, such as diplopia, blurring vision, or do you wear glasses or contact lenses
Disturbi visivi, visione doppia, offuscata o indossi occhiali o lenti a contatto

5. Any ear discharge, deafness, etc./ Qualunque perdita liquido dall'orecchio, sordità, etc. _____

6. Heart disease, high blood pressure, heart murmurs, varicose veins, rheumatic or scarlet fever /
Malattia e/o aritmie cardiache, ipertensione, vene varicose, reumatismi o scarlattina _____

7. Any asthma, bronchitis, pneumonia, or T.B, sinusitis or any difficulty in nasal breathing
Eventuale asma, bronchite, polmonite o T.B, sinusite o qualsiasi altra difficoltà respiratoria

8. Any chronic indigestion, stomach or duodenal ulcers, gall bladder or liver disease, appendicitis,
hernia, bowel disorders, Crohn's Disease, haemorrhoids etc.
Eventuale indigestione cronica, ulcere duodenali o dello stomaco, infiammazione della cistifellea o
malattie del fegato, appendicite, ernia, disturbi intestinali, morbo di Crohn, emorroidi, etc

9. Any kidney or bladder problems, diabetes, renal colic, haematuria, venereal infections or prostatitis
Eventuali problemi renali o alla vescica, diabete, coliche renali, ematuria, infezioni veneree o prostatiti

10. Any bone or joint problems, e.g. hand injuries, fractures, etc.
Eventuali problemi articolari ad es. lesioni alle mani, fratture, ecc.

11. Any skin diseases / Eventuali malattie della pelle _____
Allergies / Allergie _____

12. Are you or have you been attending your doctor or hospital regularly for any reason.

Sei stato e sei regolarmente sotto controllo medico o ospedaliero per qualsiasi ragione?

13. Do you take tablets/medicines, etc, regularly / Assumi farmaci regolarmente?

14. Date and result of last X-ray (if any) / Data e risultato dell'ultima radiografia (se presente)

15. Any other investigations, i.e. blood tests, X-rays, E.C.G., E.E.G.

Qualsiasi altro accertamento, come analisi del sangue, raggi X, E.C.G., E.E.G.

Number of cigarettes smoked per day / Numero di sigarette fumate al giorno _____

Daily alcohol intake / Assunzione giornaliera di alcol _____

Family History / Storia familiare

Father (age and health) / Padre (età e salute) _____

Mother (age and health) / Madre (età e salute) _____

Brothers (age and health) / Fratelli (età e salute) _____

Sisters (age and health) / Sorelle (età e salute) _____

I hereby give my consent to the Italian Authority of Boxing and it's Medical Officers to contact my doctor to obtain medical information pertaining to my application to box. /

Con la presente concedo il mio consenso alla Italian Authority of Boxing ed i suoi Ufficiali Medici di contattare il mio medico per ottenere informazioni mediche relative alla mia domanda per la boxe professionistica.

Signature of Boxer / Firma del pugile _____

Signature of Doctor / Firma del medico _____

EXAMINATION

Height / Altezza _____ Weight / Peso _____

Describe build, etc. If overweight, is excess evenly distributed / Descrivere la corporatura ecc. se in sovrappeso, come sia distribuito l'eccesso _____

If he/she has had a MRI/MRA Brain Scan, indicate date. / se lei/lui ha eseguito una scansione cerebrale MRI / MRA, indicare la data. _____

Pulse / Pulsazioni _____ Apex beat / Battito apicale _____

Blood pressure (if above 140/90 please record 3 further readings at 5 minute intervals) / Pressione sanguigna (se sopra 140/90 si prega di registrare 3 letture successive ad intervalli di 5 minuti) _____

Heart sounds / Toni cardiaci _____

Any murmurs / Aritmie, soffio cardiaco _____

If so describe / Se così descrivi _____

Any varicose veins / Eventuali vene varicose _____

Exercise tolerance / Tolleranza all'esercizio _____

Respiratory System / Sistema respiratorio

Chest movements / Movimenti del petto _____ Trachea / Trachea _____

Percussion Notes / Note a percussione _____ Air Entry / Ingresso aereo _____

Breath Sounds / Suoni di respiro _____ Added Sounds / Suoni aggiunti _____

Abdomen / Addome

Any scars, tenderness or masses – if so, describe / Eventuali cicatrici, tenerezze o masse - se sì, descrivi

Are liver, spleen and kidney palpable / Sono palpabili fegato, milza e reni _____

Hernia orifices / Ernia _____ Genitalia / Genitali _____ Urine / Urina _____

Central Nervous Systems / Sistemi nervosi centrali

Cranial nerves / Nervi cranici _____ Pupils / Pupille _____ Optic fundi / Fondo ottico _____

Nystagmus / Nistagmo _____ Romberg sign / Segno di Romberg _____

Limbs / Arti

Tone / Tono _____ Power / Energia _____

Co-ordination / Coordinazione _____ Sensation / Sensazione _____

Reflexes / Riflessi _____ Plantar responses / Risposte plantari _____

Any psychoneurosis / qualsiasi psiconeurosi _____ If yes, describe / se si, descrivere _____

Skeletal System / Sistema scheletrico

Cervical Spine / Spina cervicale _____ Shoulders / Spalle _____

Elbows / Gomiti _____ Wrists and hands / Polsi e mani _____

Lumbar Spine / Zona lombare _____ Hips / Fianchi _____

Knees / Ginocchia _____ Ankles / Caviglie _____

HIV & Hepatitis Vaccination and Screening / HIV e Epatiti Vaccinazioni e monitoraggi

HIV Test - Test date / Test HIV e data _____

Forward Laboratory results to ITAB / Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB

Hepatitis C Antigen:- Test date / Antigene dell'epatite C: - Data del test _____

Forward Laboratory results to ITAB / Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB

Hepatitis B Antigen:- Test date / Antigene dell'epatite B: - Data del test _____

Forward Laboratory results to ITAB / Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB

Hepatitis B Surface Antibody:- Test Date / Anticorpo di superficie dell'epatite B: - Data del test _____

Forward Laboratory results to ITAB / Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB

Hepatitis B Vaccination:- Date of first dose / Vaccinazione dell'epatite B: - Data della prima dose _____

Forward Laboratory results to ITAB / Trasmettere i risultati del laboratorio a ITAB

Please note that every Boxer must complete the Hepatitis B Vaccination course, the course consists of three doses. The second dose is given one month after the first dose and the third dose is given five months after the second dose. This course must be completed and evidence of dates must be forwarded to the Italian Authority of Boxing head office. /

Si prega di notare che ogni pugile deve completare il corso di vaccinazione dell'epatite B, il corso consiste di tre dosi. La seconda dose viene somministrata un mese dopo la prima dose e la terza dose viene somministrata cinque mesi dopo la seconda dose. Questo corso deve essere completato e la prova delle date deve essere inoltrata alla sede della Italian Authority of Boxing.

Ears / Orecchie

Drum / Timpano _____ Hearing / Udito _____ Any otitis / Qualsiasi otite _____

NOTE TO EXAMINING DOCTOR - If any abnormality noted, please investigate further and refer all relevant documents to the Commission's Chief Medical Officer at the Head Office of the Italian Authority of Boxing with this form.

NOTA PER L'ESAME DEL MEDICO - Se si notano anomalie, si prega di approfondire ulteriormente e di riferire tutti i documenti pertinenti al capo ufficiale medico della Commissione presso la sede della Italian Authority of Boxing con questo modulo.

Date of examination / Data dell'esame _____

I AM SATISFIED AS TO THE CORRECT IDENTITY OF THE EXAMINEE, WHO HAS PRODUCED FOR ME PHOTOGRAPHIC ID SUCH AS HIS OR HER'S BOXER'S LICENCE, DRIVING LICENCE OR PASSPORT, OR ALTERNATIVELY, I CONFIRM HIS OR HER LIKENESS BY SIGNING THE ATTACHED PHOTOGRAPH.

SONO SODDISFATTO PER QUANTO RIGUARDA L'IDENTITÀ CORRETTA DELL'ESAMINATO, CHE HA PRODOTTO PER ME ID FOTOGRAFICO COME LA SUA LICENZA DA PUGILE, PATENTE DI GUIDA O PASSAPORTO, O ALTERNATIVAMENTE, CONFERMO LA SUA SOMIGLIANZA FIRMANDO LA FOTOGRAFIA ALLEGATA.

Signature and stamp of examining doctor / Firma e timbro del medico esaminante

COMMENTS (Any) / COMMENTI (Qualsiasi) :

**TO BE COMPLETED BY THE CHIEF MEDICAL OFFICER (OR HIS DEPUTY) /
DA COMPLETARE DAL DIRIGENTE MEDICO (O DEL SUO ASSISTENTE)**

CONFIDENTIAL / CONFIDENZIALE

To the stewards of the Italian Authority of Boxing / Ai delegati della Italian Authority of Boxing

The following recommendation is made in the case of : / La seguente raccomandazione è fatta nel caso di :

Name / Nome _____

(a) Licence granted or renewed / Licenza concessa o rinnovata _____

(b) Licence not granted/renewed / Licenza non concessa o rinnovata _____

Date / Data : _____ Signature / Firma _____

Eye Test / Esame oculistico :

Eye test to be completed by an Ophthalmic Optician/Consultant /

L'esame visivo deve essere completato da un oculista / consulente oftalmico

Visual standards (**Snellen's type figures without glasses**) / Norme visive (figure tipo di Snellen senza occhiali) _____

Visual fields / Campi visivi _____

Ocular tension / Tensione oculare _____

Ocular movements / Movimenti oculari _____

Ophthalmoscopic examination (with special attention to retinal defects) / Esame oftalmologico (con particolare attenzione altre patologie della retina) _____

Date of examination / Data dell'esame _____

I AM SATISFIED AS TO THE CORRECT IDENTITY OF THE EXAMINEE, WHO HAS PRODUCED FOR ME PHOTOGRAPHIC ID SUCH AS HIS OR HER'S BOXER'S LICENCE, DRIVING LICENCE OR PASSPORT, OR ALTERNATIVELY, I CONFIRM HIS OR HER LIKENESS BY SIGNING THE ATTACHED PHOTOGRAPH. /

MI RITENGO SODDISFATTO SULLA CORRETTE INFORMAZIONI IN MERITO ALL' IDENTITA' FORNITE DAL SOGGETTO ESAMINATO CHE MI HA PRODOTTO UN IDENTIFICATIVO FOTOGRAFICO COME LA SUA LICENZA DA PUGILE, PATENTE DI GUIDA O PASSAPORTO, O IN ALTERNATIVA, CONFERMO LA SUA SIMILITUDINE ALLA FOTOGRAFIA ALLEGATA PONENDO FIRMA SULLA STESSA.

Signature and stamp of Optician/Consultant / Firma e timbro dell'ottico / consulente
