Relatório Médico*

Medical Report*

*** Este relatório médico deverá ser correctamente preenchido por um médico especialista em doenças do foro respiratório ou em imunoalergologia e enviado em anexo à solicitação de autorização de utilização terapêutica (Anexo AUT) visando o tratamento da asma ou da broncoconstrição induzida pelo exercício. /** * This medical report must be correctly filled by a physician specialized in respiratory diseases or in allergy and clinical immunology and sent as an annex to the request for a therapeutic use exception (Annex AUT) for the treatment of asthma or of exercise-induced bronchoconstriction.

Nome do Praticante Desportivo / Athlete name:

_____

1. Historial Médico Completo / Comprehensive Medical History

(Deverá incluir: a) Antecedentes familiares de alergias, rinite ou eczemas alérgicos; b) Antecedentes pessoais de problemas respiratórios na infância, de rinite, conjuntivite e dermatite alérgicas; c) História de sintomas e sinais compatíveis com o diagnóstico e de factores desencadeantes da crise; d) Detalhes de todas as consultas com médicos qualificados no tratamento da asma e detalhes de idas a serviços hospitalares para tratamento por exacerbação aguda de asma; e) Detalhes da medicação anti-asmática prescrita actualmente e de toda a medicação prescrita nos últimos 6 meses, bem como detalhes da medicação prescrita nos 3 meses anteriores aos testes de provocação; f) Resultados de testes cutâneos ou de análises que documentem a presença de hipersensibilidade alérgica). / (It should include: a) Family history of allergies, rhinitis or allergic eczema; b) Personal history of childhood respiratory problems, rhinitis, conjunctivitis or allergic dermatitis; c) History of persistent symptoms and compatible signs with the diagnostic and examples of potential provocation factors); d) Details of all consultations with physicians qualified in the treatment of asthma and details of any attendance in hospital emergency departments for treatment or admission to hospital for treatment of acute exacerbation of asthma; e) Details of the individual's currently prescribed medication and any other medication prescribed in the last 6 months, and details of medication in the 3 months prior to provocation tests; f) Results of skin prick tests or blood analysis to document the presence of allergic hypersensitivity).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. Exame Clínico/ Clinical Examination

(Descrição do exame clínico com especial ênfase no sistema respiratório.) / (A comprehensive report of the clinical examination with specific focus on the respiratory system.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3. Anexar relatório de espirometria: com valores absolutos e % prevista de FEV_1, FVC, FEV_1/FVC, bem como os traçados fluxo-volume; com o resultado da espirometria após inalação de um β2-agonísta de curta acção (se relevante); com o resultado do teste de provocação brônquica (se relevante); ou de outros testes espirométricos necessários à confirmação do diagnóstico /

Add annex of report of spirometry: with FEV1, FVC, FEV1 / FVC, presented both as an actual and % predicted value, as well as flow volume tracings; the spirometry results after inhalation of a short acting Beta-2 Agonist (if relevant); a bronchial provocation test result (if relevant); or other espirometric tests needed to the confirmation of the diagnostic.

Nome do Médico/ Physician Name: _____

Especialidade / Medical Specialty: _____

Assinatura do Médico/ Physician's Signature:_____

Data / Date: _____

Contactos do Médico/ Physician's Signature:

(Contactos necessários apenas se o médico responsável pelo Relatório for diferente do médico responsável pela solicitação de autorização terapêutica - Anexo AUT / Needed only if the physician responsible for the Medical Report is not the same that is responsible for the request for the therapeutic use exception - Annex AUT)

Morada / Address: .....

.....

Localidade / City: ..... **Código Postal** / Postcode: .....

País / Country:..... **Tel.** / Phone: .....

Fax: ..... **E-mail:**.....