

TENNIS EN FAUTEUIL ROULANT - DÉSISTEMENT POUR DES RAISON MÉDICALES

Je, soussigné, médecin examinateur, certifié à Tennis Canada que j'ai personnellement procédé à un examen du joueur/de la joueuse de tennis désigné (e) ci-dessous et mon rapport médical complet est le suivant :

JOUEUR

Nom : Prénom : Date de naissance :

Date et heure de l'examen :

Historique de la blessure ou de la maladie :

Résultats physiques :

Température : Poitrine/cœur :
Pouls : Neuraux :
Pression artérielle : ENT:
Autres :

TESTS DE LABORATOIRE, RAYONS X

Sang :
Urine :
Culture :
Rayons X : RX au dossier à :

DIAGNOSTIC :

TRAITEMENT INITIAL SUGGÉRÉ :

Directives pour examen complémentaire ou suivi :

Selon l'examen, il est de mon jugement professionnel que le joueur/la joueuse :
souffre de la blessure ou maladie diagnostiquée ci-dessus et ne devrait pas prendre part à du tennis de compétition de :

Date : à Date:

Dans le cas où Tennis Canada aurait besoin que la personne désignée soit examinée par un médecin de son choix, j'accepte de donner mon avis à ce médecin concernant mon examen et mon diagnostic.

Signature du médecin :

Nom en caractères d'imprimerie :

Spécialité : Adresse :

Téléphone : Télécopieur :

Je comprends et j'accepte le diagnostic et le traitement mentionnés ci-dessus.

Signature du patient :