

REFERTO MEDICO EPISODI DI BLACK-OUT (BO) OCCORSI IN OCCASIONE DI GARE DI APNEA

Manifestazione: _____ Data: _____ Luogo: _____

Medico di gara: _____ Ordine dei Medici di: _____ N.: _____ Specialista in: _____

Eventi refertati

#	Atleta	Società di appartenenza	Specialità	Data	Episodio	Provvedimenti	# nota

Note in esteso (riportare il numero)

Data: _____

In fede: _____

(firma e timbro)

Specialità: DNF (**DNF**); (**DYN**); (**DYNB**); (**SPEED**); (**END8**); END16x50 (**END16**); (**STA**); END16x25 (**END16x25**); (**END8x25**); (**JB**); (**CWT PRO**); (**CWTB PRO**); (**CNF PRO**); (**CNF OPEN**); (**CWT OPEN**); (**CWTB OPEN**); (**FIM OPEN**); (**FIM PRO**); Endurance 4X50 (**END4**);

Episodio: Black-Out in apnea prolungata (**BO**); Altro specificare in nota

Provvedimenti: Non necessita ulteriori accertamento (**NN**); Necessita di ripetere la visita di idoneità agonistica (**RV**) Specificare numero nota