

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT**

**NON AGONISTICO**

**L'ATLETA**

COGNOME..... NOME.....

CODICE FISCALE: .....

CARTA D'IDENTITA'.....

Nato a ..... il .....

Residente in ..... C.A.P. ....

Via ..... N° .....

Telefono ..... Email.....

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per l'IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA**

**NON AGONISTICA**

**DELLO SPORT** .....Società sportiva .....

**PARTE DA COMPILARSI SOLO SE L'ATLETA E' MINORENNE**

**( l'atleta deve presentarsi accompagnato da un genitore o tutore legale)**

**AUTODICHIARAZIONE** Decreto n. 196/03 T.V. 2004

Il sottoscritto .....,  
esercante la patria potestà sul minore .....,  
carta d'identità N. ...., dà il consenso alla effettuazione dei relativi  
accertamenti di idoneità.

**Firma del genitore o tutore** .....



## MODULO DI ANAMNESI

Cognome.....Nome .....

### Questionario anamnestico

Peso Kg. .... Statura cm. :.....

Fumo No  Sì  quante sigarette.....

Alcolici e superalcolici Astemio  Occasionale  Bevitore  Ex-bevitore

Da quanto **tempo** pratici uno sport? Da \_\_\_\_\_ anni

Quante **volte** a settimana? \_\_\_\_\_ volte a settimana

**Durante l'attività** sportiva hai mai accusato uno dei seguenti sintomi?

Improvvisa stanchezza No  Sì  Palpitazioni No  Sì

Dolori al cuore No  Sì  Svenimenti No  Sì

Tra i **familiari** (genitori, fratelli, nonni) c'è qualcuno che ha sofferto di queste malattie?

Malattie di cuore No  Sì  chi? \_\_\_\_\_ Diabete No  Sì  chi? \_\_\_\_\_

Pressione alta No  Sì  chi? \_\_\_\_\_ Colesterolo alto No  Sì  chi? \_\_\_\_\_

Ci sono stati episodi di **morte cardiaca** improvvisa in giovane età in famiglia?

No  Sì  chi? \_\_\_\_\_

Assumi **farmaci**?

No  Sì  Se sì, quali \_\_\_\_\_

Hai mai avuto una delle seguenti **malattie**?

Allergie No  Sì  Epilessia No  Sì  Palpitazioni No  Sì

Asma No  Sì  Diabete No  Sì  Pressione alta No  Sì

Polmoniti No  Sì  Malattie cuore No  Sì  Malattie reni No  Sì

Pleuriti No  Sì  Soffio al cuore No  Sì  Intoller. Aliment. No  Sì

Anemia No  Sì  Svenimenti No  Sì  Colesterolo alto No  Sì



**Altre** malattie (tipo ed età) : \_\_\_\_\_

Interventi **chirurgici** ( tipo ed età) : \_\_\_\_\_

Infortunati e **traumi** (tipo ed età) : \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma dell'atleta \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

### **Consenso informato all'esecuzione della visita medica**

Io sottoscritto..... dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche,
- delle affezioni precedenti,
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge,
- mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.

In caso di certificazione di tipo NON AGONISTICO è prevista l'esecuzione di elettrocardiogramma (ECG) a riposo. I tracciati degli ECG non vengono rilasciati, se non su richiesta e a tariffa indicata.

Data .....

Firma ..... (del genitore se l'atleta è minorenne)

#### DOCUMENTI DA PRESENTARE:

- **Tessera sanitaria** (magnetica) e **Carta di Identità** in corso di validità
- **Precedenti medici** cardiologici e/o patologici e terapie farmacologiche in atto
- **Delega** da parte del genitore per minore accompagnato da altro familiare.

