

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 SPORTSocietà 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 <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Epilessia	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Palpitazioni	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Asma	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Diabete	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Pressione alta	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Polmoniti	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Malattie cuore	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Malattie reni	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Pleuriti	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Soffio al cuore	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Intoller. Aliment.	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Svenimenti	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Colesterolo alto	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>

Altre malattie (tipo ed età) : _____

Interventi **chirurgici** (tipo ed età) : _____

Infortunati e **traumi** (tipo ed età) : _____

Data: _____

Firma dell'atleta _____

Firma del genitore _____



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.
- di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame.

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.
- **Delega** da parte del genitore per **minore** accompagnato da altro familiare.

