

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT

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

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

Anamnesi familiare (Genitori, fratelli, nonni)

Diabete No Sì chi.....
Ipertensione Arteriosa No Sì chi.....
Morte improvvisa giovanile No Sì chi.....
Cardiopatia ischemica od infarto No Sì chi.....
Altro (specificare)

Anamnesi fisiologica

Peso Kg. Statura cm. :.....
Fumo No Sì quante sigarette.....
Alcolici e superalcolici Astemio Occasionale Bevitore Ex-bevitore
Uso di farmaci No Sì quali e perché
Altro (specificare)
Negli ultimi 10 anni hai fatto il richiamo della vaccinazione antitetanica? No Sì quando

Per le donne:

Data primo menarca Data ultima mestruazione
Gravidanze No Sì quante.....

Soffri o hai sofferto di malattie come:

Diabete No Sì Ipertensione Arteriosa No Sì
Colesterolo Alto No Sì Soffio al cuore No Sì
Malattie neurologiche o epilessia No Sì Malattie e/o aritmie cardiache No Sì
Malattie renali No Sì Asma No Sì
Anemia No Sì
Allergie No Sì quali.....
Interventi chirurgici subiti No Sì quali.....
Infortuni rilevanti o fratture No Sì quali.....
Traumi cranici No Sì
Altro.....



Anamnesi sportiva

Sport

Quando pratici sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	dolori toracici	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
svenimenti	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	grande stanchezza	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
palpitazioni	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>			

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? No Sì

In caso affermativo quando dove

Da quanto tempo pratici uno sport?

Quante volte a settimana?

Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva No Sì

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva No Sì

In caso affermativo quali

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.

