

**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.....  
Cardiopatía 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 <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Ipertensione Arteriosa	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Colesterolo Alto	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Soffio al cuore	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Malattie neurologiche o epilessia	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Malattie e/o aritmie cardiache	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Malattie renali	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Asma	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>			

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  Sì  dolori toracici No  Sì

svenimenti No  Sì  grande stanchezza No  Sì

palpitazioni No  Sì

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 .....



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

Io sottoscritto..... dichiaro:

- di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro (dopo i 40 anni negli uomini e i 50 nelle donne) e/o STEP-TEST ( prova della durata di 3 minuti consistente in 90 salite e discese da un gradino di altezza conforme a sesso ed età).
- 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 qualora comparissero dolore toracico, senso di vertigine o malessere generale., considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame.
- 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.

I tracciati degli ECG non vengono rilasciati se non su richiesta e a tariffa a parte indicata.

Data .....

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

### 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.

