

VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

Indicare lo sport per il quale viene chiesta la visita di idoneità

Questa parte della scheda sanitaria è da compilare a cura dell'interessato stesso

Dati anagrafici

Nome, Cognome:

Nato:

Via:

CAP:

Località:

Tel:

casa:

Lavoro:

Pratica sportiva

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se sì, quali?

Quanto si allena? (ore/settimana)

Pratica altri sport (quali/quanto)?

Anamnesi familiare

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?

infarto sì ☐ no ☐ morte improvvisa sì ☐ no ☐ altro sì ☐ no ☐

Anamnesi fisiologica

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)

(Barrare la casella che interessa; se risponde con "Sì, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

Capo, sistema nervoso

Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?

SI, attualmente

NO

IN PASSATO

Psiche

Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?

SI, attualmente

NO

IN PASSATO

Occhi

DISTURBI VISIVI

porta:

OCCHIALI

LENTI CONTATTO

Naso, seni paranasali

Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

SI, attualmente

NO

IN PASSATO

Orecchie

Otit, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia

Apparato respiratorio

Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?

Sistema cardiocircolatorio

Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?

Apparato digerente

Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?

Apparato uro-genitale

Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?

Cute, apparato locomotorio

Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?

Metabolismo

Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?

Per FEMMINE:

attualmente in gravidanza?

Anomalie del ciclo mestruale?

Mestruazioni in atto?

Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)

Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario?
(cosa/quando)

Quanto alcool consuma? (cosa/quanto):

Fuma? (cosa/quanto):

Attualmente assume farmaci? (quali/quanto):

In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?

Con la mia firma dò il consenso al trattamento sanitario riguardo la visita medica e tutti gli accertamenti previsti. Sono informato che la modalità dello svolgimento della visita si può visionare al sito www.sabes.it oppure rivolgendomi direttamente al Servizio di Medicina dello Sport dell' Azienda Sanitaria

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____

Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)