

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 si no morte improvvisa si no altro si 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?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Psiche
 Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Occhi
 DISTURBI VISIVI porta: OCCHIALI LENTI CONTATTO

Naso, seni paranasali
 Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Orecchie
 Otit, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Apparato respiratorio
 Tuberculosis, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Sistema cardiocircolatorio
 Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Apparato digerente
 Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Apparato uro-genitale
 Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Cute, apparato locomotorio
 Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Metabolismo
 Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?
 Sì, attualmente NO IN PASSATO

Per FEMMINE:
 attualmente in gravidanza? Anomalie del ciclo mestruale? Mestruazioni in atto?
 SÌ SÌ SÌ
 NO NO NO

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?
 SÌ NO

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 anche dei genitori - in caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo conferma con la propria firma di aver ottenuto anche il consenso dell'altro genitore)