

VISITE DI MEDICINA DELLO SPORT

Modulo anamnestico per l'accertamento di idoneità allo sport agonistico e non agonistico

Nome e Cognome _____ Data di nascita e luogo _____

Sport per cui si richiede il certificato _____ Società sportiva _____

Indirizzo di residenza _____ Contatto telefonico _____

Professione _____ Età compiuta _____

Documento di identità _____ Medico di base _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni)

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore.....	SI	NO	Malattie polmonari.....	SI	NO	Tumori.....	SI	NO
Morte improvvisa...	SI	NO	Allergie.....	SI	NO	Malattie renali...	SI	NO
Iperensione arteriosa	SI	NO	Asma.....	SI	NO	Malattie del sangue	SI	NO
Colesterolo, Diabete	SI	NO	Ictus.....	SI	NO	Malattie del fegato	SI	NO

Altre malattie: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

In seguito ad una visita medica, le è mai stato riferito/diagnosticato:

Malattia di cuore.....	SI	NO	Soffio al cuore.....	SI	NO
Aritmie (battiti irregolari)	SI	NO	Iperensione arteriosa	SI	NO

Durante la sua vita ha mai accusato:

Dolore o costrizione al petto.....	SI	NO
Svenimenti	SI	NO
Cardiopalmò – tachicardia	SI	NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco.....	SI	NO

Durante e/o dopo lo sforzo fisico ha mai accusato:

Difficoltà respiratoria.....	SI	NO
------------------------------	----	----

E' mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici? SI NO Se SI, quali e per quale motivo?: _____

Ha mai accusato uno o più, tra i seguenti disturbi:

Fratture	SI	NO	Strappi muscolari	SI	NO	Traumi cranici...	SI	NO
Lussazioni	SI	NO	Tendiniti/borsiti	SI	NO	Dolori alla schiena	SI	NO
Perdite di coscienza	SI	NO	Pubalgia	SI	NO	Distorsioni	SI	NO

Altro _____

MALATTIE DELL'ATLETA:

Morbillo	SI	NO	Asma	SI	NO	Diabete	SI	NO
----------	----	----	------	----	----	---------	----	----

Varicella	SI	NO	Asma da sforzo	SI	NO	Colesterolo alto	SI	NO
Parotite	SI	NO	Eczema/orticaria	SI	NO	Trigliceridi alti	SI	NO
Rosolia	SI	NO	Emorragie frequenti	SI	NO	Epatite virale	SI	NO
Pertosse	SI	NO	Cefalea	SI	NO	Mononucleosi	SI	NO
Febbre reumatica	SI	NO	Convulsioni	SI	NO	Malattie genetiche	SI	NO
Tonsilliti	SI	NO	Epilessia	SI	NO	Mal. Reumatologiche	SI	NO
Otiti	SI	NO	Malattie intestinali	SI	NO			

Altre malattie non presenti nella scheda: _____

Sinusiti	SI	NO	Gastrite- ulcera	SI	NO	Polmoniti	SI	NO
Calcoli	SI	NO	Allergie	SI	NO	Disturbi urinari	SI	NO
Malattie tiroidee	SI	NO	Acido urico alto	SI	NO			

Attualmente assume medicine? SI NO

se SI, quali e con quale modalità/dosaggio? _____

E' mai stato/a sottoposto/a a interventi chirurgici? SI NO

se SI, quali e in quale anno? _____

E' mai stato/a sottoposto/a a trattamenti o cure ortopediche con:

Ginnastica correttiva SI NO

Busti SI NO Altro: _____

Gessi SI NO

Fa uso di occhiali o lenti a contatto? SI NO

se SI quali per quale disturbo?

Miopia SI NO Ipermetropia SI NO Astigmatismo SI NO Strabismo SI NO

E' mai stato sospeso/a dall'attività sportiva agonistica in seguito alla visita medico-sportiva? SI NO

se SI, per quale motivo? _____

Solo per atleta femmina :

Età prima mestruazione _____ ciclo regolare SI NO

Il sottoscritto/o (Genitore o persona munita di delega per i minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver' compreso il presente questionario in tutte le sue voci, e di avere informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie. Dichiara inoltre, che le notizie, fornite sul questionario, sono complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato "NON IDONEO" o di non essere attualmente "SOSPESO" da una qualsiasi struttura pubblica o privata di Medicina dello Sport. Dichiara di aver correttamente compreso le spiegazioni sul test da sforzo e di aver ottenuto dal personale medico e infermieristico tutti i chiarimenti richiesti.

FIRMA DELL'ATLETA

Luogo e data

(Firma del Genitore o tutore per i minorenni)

_____ (spazio riservato al medico competente)