

VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

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

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

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?)
(Barbare 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

Pellicole

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
Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia

Sì, attualmente NO IN PASSATO

Apparato respiratorio
Tubercolosi, 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, fibrillazione atriale, altre?

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 iperteroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?

Sì, attualmente NO IN PASSATO

Per FEMMINE:

attualmente in gravidanza? Anomale del ciclo mestruale? Mestruazioni in atto?

Sì NO Sì NO Sì 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/quando):

Fuma? (cosa/quando):

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