

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?)
(Barare 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 ☐

Petite

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

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Occhi

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

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

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Sistema cardiocircolatorio
Anomalia cardiaca congenita, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, fibrill, 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-gineale
Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Cute, apparato locomotorio
Reumatismo articolare, lomboalgia, 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?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Anomale del ciclo mestruale?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

Mestruazioni in atto?

Sì, attualmente ☐

NO ☐

IN PASSATO ☐

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?

Per chiamenti si rivolga al medico.

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 chiamenti si rivolga al medico.

Firma: _____

Data: _____

(per l'imponente firma anche del genitor - in caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo conferma con la propria firma di aver ottenuto anche il consenso dell'altro genitore)

Firma: _____

Data: _____

(per l'imponente firma anche del genitor - in caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo conferma con la propria firma di aver ottenuto anche il consenso dell'altro genitore)

Firma: _____

Data: _____