

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: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_  
 CAP: \_\_\_\_\_  
 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 ricorrente, 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  OCCHIALI  LENTI/CONTATTO

Naso, seni paranasali

Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

Sì, attualmente  NO  IN PASSATO

Orecchie

Otiti, 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 cardiovascolare

Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, febbili, 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

Neuriti, peliti, 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?  Sì  NO

Anomalie del ciclo mestruale?  Sì  NO

Mestruazioni in atto?  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/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 do 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](http://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 del genitore - in caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo conferma con la propria firma di aver ottenuto anche il consenso dell'altro genitore)