

VISITA AGONISTICA

Sport

VISITA NON AGONISTICA

Società sportiva

L'ATLETA

Cognome..... Nome

Nato a il Sesso..... Età.....

MODULO DI ANAMNESI

Anamnesi familiare (genitori, fratelli, nonni)

Diabete No Sì chi.....

Iperensione Arteriosa No Sì chi.....

Morte improvvisa giovanile No Sì chi.....

Cardiopatìa ischemica od infarto No Sì chi.....

Altro (specificare).....

Anamnesi fisiologica

Alimentazione Libera regime dietetico in atto.....

Alcolici e superalcolici Astemio Occasionale Bevitore Ex-bevitore

Fumo No Sì quante sigarette.....

Uso di farmaci No Sì quali e perché

Altro (specificare)

Soffri o hai sofferto di malattie come

Diabete No Sì

Malattie neurologiche o epilessia No Sì

Malattie renali No Sì

Traumi cranici No Sì

Iperensione Arteriosa No Sì

Malattie e/o aritmie cardiache No Sì

Asma No Sì quali

Allergie No Sì quali

Interventi chirurgici subiti No Sì quali

Infortuni rilevanti o fratture No Sì quali

Altro da segnalare

Anamnesi sportiva

Allenamenti a settimana..... Durata totale in ore

Quando pratici sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi No Sì

svenimenti No Sì

dolori toracici No Sì

grande stanchezza No Sì

Hai mai eseguito visite per l'idoneità agonistica? No Sì

Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva? No Sì

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva? No Sì

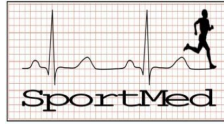
In caso affermativo specificare quali

- Dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico
- Dichiaro di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti e di non avere in sospenso alcuna visita medico sportiva presso altre strutture di medicina dello sport
- Dichiaro di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti, di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.
- Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e alla prova da sforzo (dove prevista)
- Ai sensi del DL 196/2003 "codice in materia di protezione dei dati personali" avente per oggetto i dati sensibili, acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti. Acconsento inoltre alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti
- Delego i dirigenti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità qualora non lo faccia personalmente

Data

Firma

(del genitore o di chi ne fa le veci in caso di atleta minore)



ESAME OBIETTIVO

(da compilarsi a cura del Medico dello Sport)

Trofismo Peso Kg Statura cm

Apparato locomotore.....

Torace ed apparato respiratorio

Apparato cardiocircolatorio P.A. a riposo/.....

Saturazione a riposo% sotto sforzo% dopo sforzo%

Addome ed organo genitali

Arti

Acuità visiva naturale OD /10 OS /10

corretta OD /10 OS /10

Senso cromatico

Udito

Conclusioni esame obiettivo

.....

.....

.....

Firma del medico visitante