

Da compilarsi a cura dell'utente

DATA _____

ANAMNESI

Cognome _____ Nome _____ M F

Nato/a a _____ il _____

Documento d'identità: fotocopia allegata

Sport per cui è richiesta la visita di idoneità _____

Società Sportiva _____

Ha già fatto visite di idoneità? No__ Si__ Dove l'ultima volta? _____ In che anno? _____

È mai stata negata l'idoneità? No__ Si__ Perché? _____

ANAMNESI FAMILIARE

Tra i familiari c'è qualcuno che ha sofferto di queste malattie?

Malattie di cuore NO SI Chi? _____

Morte improvvisa in età giovanile? NO SI Chi? Quando? _____

Allergie NO SI Chi? _____

Pressione alta NO SI Chi? _____

Asma NO SI Chi? _____

Malattie di reni NO SI Chi? _____

Diabete NO SI Chi? _____

Malattie di fegato NO SI Chi? _____

Colesterolo alto NO SI Chi? _____

ANAMNESI FISIOLGICA

Le sue abitudini di vita:

Dieta libera e varia NO SI Controllata per _____

Digestione regolare NO SI

Alvo regolare NO SI

Sonno regolare NO SI

Fumo NO SI Quanto _____/giorno Da quanto tempo _____

Caffè NO SI N° _____/giorno

Alcolici NO SI (Vino _____ Birra _____ Superalcolici _____)

Assume abitualmente farmaci? NO SI Quali? _____

Da quanto tempo? _____ Perché? _____

Porta occhiali o lenti da contatto? NO SI Per _____
Gradazione: O.Dx _____ O.Sx. _____

Vaccinazione antitetanica NO SI Ultimo richiamo _____

Professione _____

Per le donne: Menarca anni _____ (Ultimo ciclo _____)

Ciclo regolare NO SI

Gravidanze NO SI N° _____

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha mai avuto:

Otiti	NO	SI	Pressione Alta	NO	SI	Diabete	NO	SI
Asma	NO	SI	Tonsilliti	NO	SI	Soffio Cardiaco	NO	SI
Epilessia	NO	SI	Anemia	NO	SI	Pleuriti	NO	SI
Malattie di cuore	NO	SI	Vertigini	NO	SI	Epatite	NO	SI
Sinusiti	NO	SI	Palpitazioni	NO	SI	Colesterolo Alto	NO	SI
Allergie	NO	SI	Polmoniti	NO	SI	Svenimenti	NO	SI
Malattie dei Reni	NO	SI	Altre Malattie					

(tipo e anno)

Interventi Chirurgici _____

Perché?

Ricoveri Ospedalieri _____

NO SI

(tipo e anno)

Infortuni e Traumi _____

Osservazioni _____

ANAMNESI SPORTIVA

Attività sportive attualmente praticate _____

Da quanto tempo _____

Quante volte a settimana _____

Totale ore settimanali _____

Altri sport praticati in passato _____

Quali _____

Per quanto tempo _____

Durante attività sportiva ha mai accusato:

Dolori al petto NO SI

Grande stanchezza NO SI

Palpitazioni NO SI

Dolori alle articolazioni NO SI

Svenimenti NO SI

Altri disturbi _____

Io sottoscritto dichiaro di aver correttamente informato il medico delle mie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto; dichiaro inoltre di non aver ricevuto in altra sede giudizio di Non Idoneità alla pratica sportiva. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e dò atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool. Con la presente, dò il consenso all'effettuazione della visita medica, compresa la prova da sforzo, ed alla consegna del Certificato di Idoneità o Non Idoneità alla società sportiva.

Data _____

Firma dell'atleta _____

Per i minori, firma dei genitori _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ AGONISTICA O PROVA DA SFORZO

CONSENSO INFORMATO IDONEITÀ ATTIVITÀ AGONISTICA

Io sottoscritto _____ dichiaro di voler essere sottoposto agli accertamenti previsti dal D.M. 18. 02. 1982 al fine di certificare la mia idoneità alla pratica agonistica sportiva; di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti, e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dò atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Dichiaro di essere stato informato che:

- Per atleti sotto i 35 anni di età, è prevista l'effettuazione dello STEP TEST per 2 (due) minuti, consistente nel salire e scendere su di uno sgabello di altezza variabile in base al sesso ed all'età; verrà eseguito un elettrocardiogramma a riposo e dopo lo sforzo.
- Gli atleti di età superiore ai 35 o 40 anni (secondo le disposizioni delle singole federazioni e in casi selezionati dal medico dello sport) verranno sottoposti a test ergometrici massimali (al cicloergometro od al treadmill) con registrazione elettrocardiografica costante e rilevazione della pressione arteriosa ogni 2 (due) minuti.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che:

- Durante l'esecuzione del test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi intrinseci della prova e che esso verrà sospeso dietro mia esplicita richiesta.
- Il test suddetto come ogni altro test da sforzo è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi (2-3 su 10.000) da morte improvvisa.

Sono inoltre stato informato che il Medico dello Sport potrà decidere di richiedere accertamenti aggiuntivi, di cui dovrà valutare gli esiti prima di esprimere il proprio giudizio; se non verranno presentati entro 60 giorni dalla visita riceverò, e con me la Società Sportiva, tramite raccomandata il giudizio di Non Idoneità per insufficiente documentazione diagnostica.

Letto e compreso quanto sopra

AUTORIZZO

I Sanitari del settore Medicina dello Sport del Poliambulatorio Chirurgico Modenese all'archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità e alla comunicazione dell'esito della visita:

- IDONEO
- NON IDONEO (senza diagnosi clinica)
- NON IDONEO (per insufficiente documentazione diagnostica)

alla Società Sportiva di appartenenza o, in sua mancanza, alla Federazione Sportiva di riferimento. In chiaro, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità della Regione Emilia Romagna per gli adempimenti previsti.

Data

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore