

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 FISIOLÓGICA

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)

Infortunati 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