

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA: ANAMNESI

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

a _____ residente a _____ Via _____ n _____

Tel. _____ Mail _____

Doc. Identità n. _____

Sport per cui è prevista la visita _____

Gruppo sportivo/Palestra _____

Hai già fatto visite di idoneità? _____ in che anno l'ultima? _____

Le è mai stata negata l'idoneità? _____ Perché? _____

Tra i **FAMILIARI** c'è qualcuno che ha sofferto di queste malattie? (Risposta SI o NO, se sì indicare chi)

Malattie di cuore: _____ Allergie: _____ Pressione alta: _____

Asma: _____ Malattie di reni: _____ Diabete: _____

Malattie di fegato: _____ Colesterolo: _____

Ci sono mai stati casi di morte improvvisa in giovane età in famiglia? No _____ Si _____ Chi? _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Lavoro _____ Peso _____ Altezza _____

Età prima mestruazione _____ Data di inizio dell'ultima mestruazione ____/____/____

Fuma? _____ quantità al giorno _____ Fa uso di alcolici? _____

Porta occhiali o lenti a contatto? _____ Per _____

Vaccinazione antitetanica Sì No

Attualmente assume farmaci? _____ Quali? _____

Ha mai avuto: (risposta SI o NO)

Otiti _____ Asma _____ Diabete _____ Soffio al cuore _____ Tonsilliti _____

Allergie _____ Colesterolo _____ Svenimenti _____ Polmoniti _____

Anemia _____ Malattie ai reni _____ Palpitazioni _____ Pressione alta _____

Altre malattie: _____

Interventi chirurgici: _____

Infortunati e traumi: _____

Osservazioni: _____

Per i minori, informazioni fornite da: _____

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 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 do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool nonché ai rischi insiti nell'esecuzione dello step-test. Con la presente do il consenso all'effettuazione della visita medica, compreso lo step-test, ed alla consegna del Certificato di idoneità o di Nonidoneità alla società sportiva.

Data ____/____/____

Firma dell'atleta/**Per i minori**, firma dei genitori

ESAME OBIETTIVO

Trofismo _____ altezza _____ peso _____

Apparato locomotore _____

Torace e apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio _____

P.A. a riposo _____ / _____ mmHg

P.A. dopo sforzo _____ / _____ mmHg

Addome e organi genitali _____

Arti _____

Acuità visiva: naturale OD _____ /10 OS _____ /10 corretta OD _____ /10 OS _____ /10

Senso cromatico _____

Udito _____

Conclusioni esame obiettivo _____

Elettrocardiogramma a riposo e dopo sforzo

Referto: _____

_____ I.R.I. _____

Urine: _____

Spirometria: _____

Altri esami richiesti:

GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'atleta, all'atto della visita, **non presenta / presenta** controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport _____ per il periodo di mesi _____.

Data ____/____/____

Medico specialista in Medicina dello Sport

(timbro con codice identificativo e firma)