

### 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 il:** \_\_\_\_\_

**Via:** \_\_\_\_\_

**CAP:** \_\_\_\_\_ **Località:** \_\_\_\_\_

**Tel. casa:** \_\_\_\_\_ **Tel. lavoro:** \_\_\_\_\_

#### Pratica sportiva

<b>Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se si, quali?</b>
<b>Quanto si allena? (ore/settimana)</b>
<b>Pratica altri sport (quali/quanto)?</b>

#### 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 "SI, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

**Capo, sistema nervoso**  
 Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?

**Psiche**  
 Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?

**Occhi**

porta:

**Naso, seni paranasali**  
 Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

<b>Orecchie</b> Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia	<input type="button" value="SI, attualmente"/> <input type="button" value="NO"/> <input type="button" value="IN PASSATO"/>									
<b>Apparato respiratorio</b> Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?	<input type="button" value="SI, attualmente"/> <input type="button" value="NO"/> <input type="button" value="IN PASSATO"/>									
<b>Sistema cardiocircolatorio</b> Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?	<input type="button" value="SI, attualmente"/> <input type="button" value="NO"/> <input type="button" value="IN PASSATO"/>									
<b>Apparato digerente</b> Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?	<input type="button" value="SI, attualmente"/> <input type="button" value="NO"/> <input type="button" value="IN PASSATO"/>									
<b>Apparato uro-genitale</b> Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?	<input type="button" value="SI, attualmente"/> <input type="button" value="NO"/> <input type="button" value="IN PASSATO"/>									
<b>Cute, apparato locomotorio</b> Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?	<input type="button" value="SI, attualmente"/> <input type="button" value="NO"/> <input type="button" value="IN PASSATO"/>									
<b>Metabolismo</b> Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?	<input type="button" value="SI, attualmente"/> <input type="button" value="NO"/> <input type="button" value="IN PASSATO"/>									
<b>Per FEMMINE:</b>										
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><b>attualmente in gravidanza?</b></td> <td><b>Anomalie del ciclo mestruale?</b></td> <td><b>Mestruazioni in atto?</b></td> </tr> <tr> <td><input type="button" value="SI"/></td> <td><input type="button" value="SI"/></td> <td><input type="button" value="SI"/></td> </tr> <tr> <td><input type="button" value="NO"/></td> <td><input type="button" value="NO"/></td> <td><input type="button" value="NO"/></td> </tr> </table>	<b>attualmente in gravidanza?</b>	<b>Anomalie del ciclo mestruale?</b>	<b>Mestruazioni in atto?</b>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="NO"/>	
<b>attualmente in gravidanza?</b>	<b>Anomalie del ciclo mestruale?</b>	<b>Mestruazioni in atto?</b>								
<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="SI"/>								
<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="NO"/>								
<b>Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)</b>										
<b>Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)</b>										
<b>Quanto alcool consuma? (cosa/quanto):</b> _____										
<b>Fuma? (cosa/quanto):</b> _____										
<b>Attualmente assume farmaci? (quali/quanto):</b> _____										
<b>In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?</b>	<input type="button" value="SI"/> <input type="button" value="NO"/>									
Con la mia firma dò 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 <a href="http://www.sabes.it">www.sabes.it</a> 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 dei genitori - in caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo conferma di aver ottenuto anche il consenso dell'altro genitore)