

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: _____

Via: _____

CAP: _____ Località: _____

Tel: _____ casa: _____ Lavoro: _____

Pratica sportiva

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

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 "Sì, 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?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Psiche Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Occhi	<input type="checkbox"/> DISTURBI VISIVI	porta: <input type="checkbox"/> OCCHIALI	<input type="checkbox"/> LENTI CONTATTO
Naso, seni paranasali Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO

Orecchie

Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia

 SI, attualmente NO IN PASSATO**Apparato respiratorio**

Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?

 SI, attualmente NO IN PASSATO**Sistema cardiocircolatorio**

Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?

 SI, attualmente NO IN PASSATO**Apparato digerente**

Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?

 SI, attualmente NO IN PASSATO**Apparato uro-genitale**

Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?

 SI, attualmente NO IN PASSATO**Cute, apparato locomotorio**

Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?

 SI, attualmente NO IN PASSATO**Metabolismo**

Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?

 SI, attualmente NO IN PASSATO**Per FEMMINE:**

attualmente in gravidanza?

 SI NO

Anomalie del ciclo mestruale?

 SI NO

Mestruazioni in atto?

 SI NO

Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)

Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)

Quanto alcool consuma? (cosa/quanto): _____

Fuma? (cosa/quanto): _____

Attualmente assume farmaci? (quali/quanto): _____

In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?

 SI NOPer chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____

Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)