

ACCERTAMENTO IDONEITA' NON AGONISTICA ALLO SPORT

Cognome Nome

Età Sesso M F doc.identita' num.

Nato aProv.(.....) ..il.....

Residente a Via..... n.

Tel. fissomob. Professione.....

Titolo scolastico

Sport per cui è richiesta la visita

Hai già fatto visite per l'attività sportiva ? SI NO Dove l'ultima volta?..... In che anno?.....

Ti è mai stata negata l'idoneità? SI NO Perché?

Hai mai fatto accertamenti ulteriori? SI NO Quali e quando?.....

Hai fatto l'antitetanica? SI NO

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale..... da anni

Sport praticati in passato per anni

Numero allenamenti alla settimana..... ore/settimana.....

Impegno fisico:		Hai mai accusato:		
Notevolissimo	<input type="checkbox"/>	Mancanza di respiro	a riposo	durante attività sportiva
Notevole	<input type="checkbox"/>	Palpitazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio	<input type="checkbox"/>	Dolori al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leggero	<input type="checkbox"/>	Svenimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Grande stanchezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESI FAMILIARE (malattie presenti nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni)

1. malattie di cuore chi?.....
quali?.....
2. pressione alta chi?.....
3. ictus chi?.....
4. colesterolo alto chi?.....
5. malattie renali chi?.....
6. diabete chi?.....
7. asma chi?.....
8. allergie chi?.....
9. malattie di fegato chi?.....
- 10.altro chi?.....
- 11.Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età (<50) in famiglia?
Chi?.....
- 12.Malattie a carattere genetico-ereditario? Specificare chi e quali malattie

ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (malattie presenti o passate che hai avuto)

varicella	<input type="checkbox"/>	morbillo	<input type="checkbox"/>	mononucleosi	<input type="checkbox"/>
rosolia	<input type="checkbox"/>	scarlattina	<input type="checkbox"/>	otiti/sinusiti/tonsilliti	<input type="checkbox"/>
parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/>	pertosse	<input type="checkbox"/>	polmoniti	<input type="checkbox"/>
allergie	<input type="checkbox"/>	quali?			
malattie di cuore	<input type="checkbox"/>	quali?			
malattie polmonari	<input type="checkbox"/>	quali?			
malattie renali	<input type="checkbox"/>	quali?			
altro	<input type="checkbox"/>	quali?			
interventi chirurgici	<input type="checkbox"/>	quali?			
		quando?			
infortuni gravi	<input type="checkbox"/>	quali?			
		quando?			
traumi cranici	<input type="checkbox"/>	quali?			
		quando?			
ricoveri in ospedale	<input type="checkbox"/>	perché?			
		quando?			
Usi farmaci abitualmente?	<input type="checkbox"/>	quali? Dose.....			
	 Dose.....			
Fumi?	<input type="checkbox"/>	quante sigarette al giorno?..... da quanti anni?			
Bevi alcolici?	<input type="checkbox"/>	di che tipo? Quanti bicchieri al giorno?.....			
Bevi caffè?	<input type="checkbox"/>	Quante tazzine al giorno?.....			
Gravidanze	<input type="checkbox"/>	quante?menarca (età)..... data ultima mestruazione.....			

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto; dichiara inoltre di non aver mai ricevuto in altra sede giudizio di Non idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge sulla privacy concernente la tutela delle persone e il trattamento dei dati personali esprimo il mio consenso e autorizzo il trattamento dei miei dati personali per fini esclusivamente diagnostici, di cura e prevenzione.

Informato sulla modalità di esecuzione acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/2/82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico.

Data,

Firma
(del genitore se l'atleta è minorenn)

Importante: portare fotocopie di tutti i referti medici riguardanti l'atleta, in particolare di natura cardiologica. Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente e arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.