

ACCERTAMENTO IDONEITA' NON AGONISTICA ALLO SPORT

Cognome Nome

Età Sesso M ☐ F ☐ Doc. Identità num.

Nato a Prov.(.....) il

Residente a Via n.....

Tel. Professione

Titolo scolastico

Sport per cui è richiesta la visita di idoneità agonistica

Società o gruppo sportivo

Hai già fatto visite di idoneità agonistica? SI ☐ NO ☐ Dove l'ultima volta?..... 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 ☐ In che anno?

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale da anni

Sport praticati in passato Per anni

Numero allenamenti alla settimana Ore/settimana

Impegno fisico:

Notevolissimo ☐

Notevole ☐

Medio ☐

Leggero ☐

Hai mai accusato:

A riposo:

Durante attività sportiva:

Mancanza di respiro:	☐	☐
Palpitazioni:	☐	☐
Dolore al torace:	☐	☐
Svenimenti:	☐	☐
Grande stanchezza:	☐	☐

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	[]	Morbillo	[]	Mononucleosi	[]
Rosolia	[]	Scarlattina	[]	otiti/sinusiti/tonsilliti	[]
Parotite (orecchioni)	[]	Pertosse	[]	Polmoniti	[]

Allergie	[]	Quali?
Malattie di Cuore	[]	Quali?
Malattie Polmonari	[]	Quali?
Malattie Renali	[]	Quali?
Altro	[]	Quali?
Interventi Chirurgici	[]	Quali? Quando?
Infartti Gravi	[]	Quali? Quando?
Traumi Cranici	[]	Quali? Quando?
Ricoveri in Ospedale	[]	Quali? Quando?

Usi farmaci abitualmente? [] Quali?
Dose:

Fumi? [] quante sigarette al giorno? Da quanti anni?
Bevi alcolici? [] di che tipo? quanti bicchieri al giorno?
Bevi caffè? [] quante tazzine al giorno?
Gravidanze [] 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 minorenne)

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.