

VISITE DI MEDICINA DELLO SPORT

Modulo anamnestico per l'accertamento di idoneità allo sport agonistico e non agonistico

Nome e Cognome..... Data di nascita.....
 Luogo di nascita Età.....
 Indirizzo di residenza, Via Cap..... Comune.....
 Contatto telefonico Documento d'identità
 Professione Peso
 Altezza Sport per cui si richiede il certificato
 Società sportiva/ associazione

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni)

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore	SI NO	Malattie polmonari	SI NO	Tumori	SI NO
Morte improvvisa	SI NO	Allergie	SI NO	Malattie renali	SI NO
Iperensione arteriosa	SI NO	Malattie del sangue	SI NO	Asma	SI NO
Colesterolo, Diabete	SI NO	Malattie del fegato	SI NO	Ictus	SI NO

Altre malattie:

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

In seguito ad una visita medica, le è mai stato riferito/ diagnosticato:

Malattia di cuore	SI NO	Soffio al cuore	SI NO
Aritmie (battiti irregolari)	SI NO	Iperensione arteriosa	SI NO

Durante la sua visita ha mai accusato:

Dolore o costrizione al petto	SI NO
Svenimento	SI NO
Cardiopalm- tachicardia	SI NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	SI NO

Durante e/o dopo lo sforzo fisico ha mai accusato:

Difficoltà respiratoria	SI NO
E' mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici	SI NO

Se SI quali e per quale

motivo?.....

Ha mai accusato uno o più, tra i seguenti disturbi:

Fratture	SI NO	Strappi muscolari	SI NO	Traumi cranici	SI NO	Lussazioni	SI NO
Tendiniti/ borsiti	SI NO	Dolori alla schiena	SI NO	Pubalgia	SI NO	Distorsioni	SI NO

Perdita di coscienza SI NO Altro:

E' mai stato sospeso/a dall'attività sportiva agonistica in seguito alla visita medico- sportiva? SI NO

Se SI, per quale motivo?

MALATTIE DELL'ATLETA:

Asma	SI NO	Diabete	SI NO	Sinusiti	SI NO
Polmoniti	SI NO	Allergie	SI NO	Malattie tiroidee	SI NO
Asma da sforzo	SI NO	Eczema/orticaria	SI NO	Emorragie frequenti	SI NO
Cefalea	SI NO	Convulsioni	SI NO	Epilessia	SI NO
Malattie intestinali	SI NO	Gastriti- ulcere	SI NO	Calcoli	SI NO
Disturbi urinari	SI NO	Acido urico alto	SI NO	Colesterolo alto	SI NO
Trigliceridi alti	SI NO	Epatite virale	SI NO	Mononucleosi	SI NO
Malattie genetiche	SI NO	Malattie reumatologiche	SI NO	Altre malattie non presenti sulla scheda:.....	

Attualmente assume medicine? SI NO

Se SI, quali e con quale modalità/ dosaggio.....

E' mai stato/ a sottoposto/ a ad interventi chirurgici? SI NO **Se SI, quali e in quale anno?.....**

E' mai stato/ a sottoposto/ a a trattamenti o cure ortopediche con:

Ginnastica correttiva	SI NO	Busti	SI NO	Gessi	SI NO
Fa uso di occhiali o lenti a contatto? SI NO Se SI, quali e per quale disturbo?.....					
Miopia	SI NO	Ipermetropia	SI NO	Astigmatismo	SI NO
				Strabismo	SI NO

Solo per il sesso femminile:

Età prima mestruazione..... Soffre di disturbi del ciclo SI NO

Il/ La sottoscritto/ a (Genitore o persona munita di delega per i minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver compreso il presente questionario in tutte le sue voci, e di aver informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie. Dichiara inoltre, che le notizie, fornite sul questionario, sono complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato "NON IDONEO " o di non essere attualmente "SOSPESO" da una qualsiasi altra struttura pubblica o privata di Medicina dello Sport.

Dichiara di aver correttamente compreso le spiegazioni sul test da sforzo e di aver ottenuto dal personale medico e infermieristico tutti i chiarimenti richiesti.

Luogo e data.....

Firma dell'atleta

Identità verificata da Reception

(Firma del genitore o tutore per i minorenni)

..... (spazio riservato a Fisiopower srl)

.....