

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

L'ATLETA

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

CARTA D'IDENTITA' _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ C.A.P. _____

VIA _____ N° _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

DELLO SPORT _____

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004 (PER MINORI)

Il sottoscritto _____ (esercitante la patria potestà sul minore

_____) dà il consenso alla effettuazione dei relativi
accertamenti di idoneità.

Firma del genitore o tutore _____

Io sottoscritto dichiaro di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive di legge.

Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e l'uso di alcool.

Esprimo inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità sportiva, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

Firma _____

Data _____

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto richiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o step-test.

Dichiara di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame.

Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare l'anormale risposta fisiologica allo stress.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

Firma _____

Data _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Anamnesi familiare (Genitori, fratelli, nonni)

Diabete **SI** **NO** Chi _____

Ipertensione Arteriosa **SI** **NO** Chi _____

Morte improvvisa giovanile **SI** **NO** Chi _____

Cardiopatia ischemica od infarto **SI** **NO** Chi _____

Altro (specificare) _____

Anamnesi fisiologica

Alimentazione **Libera** Regime dietetico in atto _____

Fumo **SI** Quante sigarette _____ **NO**

Alcolici e superalcolici **Astemio** **Occasionale** **Bevitore** **Ex - bevitore**

Uso di farmaci **SI** **NO**

Quali e perché _____

Altro (specificare) _____

Per le donne: Data primo menarca _____ Data ultima mestruazione _____

Gravidanze **SI** **NO** Quante _____

Soffri o hai sofferto di malattie come:

Diabete **SI** **NO** Asma **SI** **NO**

Malattie neurologiche o epilessia **SI** **NO** Traumi cranici **SI** **NO**

Malattie renali **SI** **NO** Ipertensione arteriosa **SI** **NO**

Allergie **SI** **NO** Quali _____

Interventi chirurgici subiti **SI** **NO** Quali _____

Infortuni rilevanti o fratture **SI** **NO** Quali _____

Malattie e/o aritmie cardiache **SI** **NO**

Altro _____

Anamnesi sportiva

Sport _____

Allenamenti a settimana _____

Durata in ore _____

Quando pratichi sport hai mai accusato:

Disturbi improvvisi **SI** **NO** Dolori toracici **SI** **NO**

Svenimenti **SI** **NO** Grande stanchezza **SI** **NO**

Hai mai eseguito visite per l' idoneità agonistica? **SI** **NO**

Sei mai stato giudicato **NON** idoneo o sospeso nel corso di tali visite? **SI** **NO**

In caso affermativo, indicare la ragione _____

Firma _____

Esame obiettivo (compilato dal medico visitatore)

Trofismo _____ Peso Kg. _____ Statura cm. _____

Apparato locomotore _____

Torace ed apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio _____

_____ P.A. a riposo _____ / _____

Addome e organi genitali: _____

Arti _____

Acuità visiva: Naturale OD _____ /10 OS _____ /10 _____

Corretta OD _____ /10 OS _____ /10 _____

Senso cromatico _____

Udito _____