

ACCERTAMENTO IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT

Cognome Nome

Età Sesso M F doc.identita' num.

Nato aProv.(.....) ilC.F.

Residente aProv.(.....)C.A.P..... Via..... n.....

Tel. fissomobile.....

E-MAIL Professione

Titolo scolastico..... Società o gruppo sportivo.....

Sport per cui è richiesta la visita di idoneità agonistica.....

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 in che anno?.....

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale.....dall'età di anni

Sport praticati in passato per anni.....

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

Impegno fisico:

Notevolissimo

Notevole

Medio

Leggero

Hai mai accusato:

	a riposo	durante attività sportiva
Mancanza di respiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitazioni/Battito irregolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori/Costrizione al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svenimenti/Vertigini/Capogiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatica sproporzionata a sforzo	<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"/>	pertosse	<input type="checkbox"/>	mononucleosi	<input type="checkbox"/>
rosolia	<input type="checkbox"/>	morbillo	<input type="checkbox"/>	otiti/sinusiti/tonsilliti frequenti	<input type="checkbox"/>
parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/>	scarlattina	<input type="checkbox"/>	polmoniti	<input type="checkbox"/>
malattia reumatica	<input type="checkbox"/>	meningite	<input type="checkbox"/>	scoliosi	<input type="checkbox"/>
anemia	<input type="checkbox"/>	malattie intestinali	<input type="checkbox"/>	deficit visivi (usi lenti?)	<input type="checkbox"/>
allergie	<input type="checkbox"/>	quali?..... miope <input type="checkbox"/> astigmatico <input type="checkbox"/> ipermetropo <input type="checkbox"/>			
		Gradazione? OD..... OS.....			
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?			
		in che anno?.....			
infortuni gravi	<input type="checkbox"/>	quali?			
(fratture/strappi/gravi distorsioni/lussazioni)		in che anno?.....			
traumi cranici	<input type="checkbox"/>	quali?			
		in che anno?.....			
ricoveri in ospedale	<input type="checkbox"/>	perché?			
		in che anno?.....			
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?.....			
Età della prima mestruazione.....		data d'inizio dell'ultima mestruazione			
Vaccinazione antitetanica	<input type="checkbox"/>	anno dell'ultimo richiamo:			

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 giudizio di **Non idoneità** alla pratica sportiva agonistica. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge sulla privacy 675/96 concernente la tutela delle persone rispetto al 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 18.02.82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico, consapevole che il mancato rispetto delle eventuali prescrizioni del Medico dello Sport invaliderà il giudizio d'idoneità rilasciatomi.

Sono informato che in caso di giudizio di NON IDONEITA' sarà trasmessa comunicazione alla Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale e alla mia società sportiva di appartenenza e ne do consenso

Data, Firma dell'atleta.....

(Firma del genitore/tutore legale/delegato 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.