

### ACCERTAMENTO IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT

Cognome ..... Nome .....

Età ..... Sesso M  F  doc.identita' num. ....

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

Residente a ..... Prov. (.....)

Via.....n.....Tel. ....Mob.....

E-MAIL..... Professione:.....

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

C.F.....Sport per cui è richiesta l'idoneità agonistica.....

.....

Hai già fatto visite d'idoneità agonistica? 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 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 provato?**

**A RIPOSO**

**DURANTE SFORZO**

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 ( <b>usi lenti?</b> )	<input type="checkbox"/>
allergie	<input type="checkbox"/>	quali?.....	miope <input type="checkbox"/>	astigmatico <input type="checkbox"/>	ipermetrope <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 <b>abituamente?</b>	<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?.....	
Eta' 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 né di aver assunto comportamenti tali da rendere pericoloso l'esame come ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di modificare la normale risposta fisiologica allo stress; 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 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.

NB: Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non mangiare abbondantemente e arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.

Per effettuare le visite mediche di idoneità sportiva presso Medicus gli atleti dovranno:

- Presentarsi 10 minuti prima dell'orario d'appuntamento.
- Indossare **abbigliamento sportivo** ed essere in ottimali condizioni d'igiene personale.
- Portare un **documento d'identità** in corso di validità o documento sostitutivo.
- Portare il tesserino o il certificato delle **vaccinazioni** eseguite.
- Portare modulo di **consenso all'esecuzione del test da sforzo** e il modulo della **privacy**, compilati e firmati.
- Portare **scheda anamnestica** compilata in ogni sua parte e firmata.  
(Nel caso di minorenni deve essere firmata da un genitore o da chi ne eserciti la patria potestà.)
- Portare un campione delle prime **urine** del mattino a digiuno.
- Portare eventuale **documentazione sanitaria precedente**, in particolare di natura cardiologica.

**N.B.** E' fatto divieto di esecuzione del test da sforzo qualora l'atleta fosse **febbrile o infortunato**.  
**Qualora l'atleta fosse impossibilitato è pregato di disdire l'appuntamento almeno 24 ore prima.**

### **CONSENSO INFORMATO** PER VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (in  
caso di minore di 18 anni) genitore/tutore di \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
dichiara di voler (sottoporre il/la proprio/a figlio/a) essere sottoposto agli accertamenti previsti dal  
Decreto Ministeriale 18/02/82 al fine di certificare l'idoneità a svolgere attività sportiva a livello  
agonistico.

Dichiara inoltre di essere stato informato che per completare l'accertamento (oltre ad anamnesi,  
esame obiettivo, spirometria, prova visiva, esame delle urine):

1. verrà eseguito un test consistente nel salire e scendere un gradino di altezza adatta alla statura, età e sesso per 90 volte in tre minuti (per gli atleti di oltre 35 anni il test con gradino verrà sostituito con un test da sforzo submassimale su ciclo-ergometro);
2. verrà eseguito un ECG completo prima, durante e dopo il test suddetto (monitorato in continuo);
3. verrà misurata la pressione arteriosa prima e dopo il test (anche durante sul cicloergometro);
4. durante l'esecuzione del test verranno messe in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test ed esso verrà sospeso dietro esplicita richiesta dell'interessato;
5. il test suddetto, come ogni altro test da sforzo, è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi (2-3 su 100.000) da morte improvvisa.

Pasian di Prato, li \_\_\_\_\_

Firma (del genitore in caso di minorenni)

Firma del Medico