



VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

Indicare lo sport per il quale viene chiesta la visita di idoneità

Questa parte della scheda sanitaria è da compilare a cura dell'interessato stesso

Dati anagrafici

Nome e Cognome		Nato il		a	
Via		CAP		Località	
Tel. casa		Cell.			

Pratica sportiva

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se sì, quali?
Quanto si allena? (ore/settimana)
Pratica altri sport (quali/quanto)?

Anamnesi familiare

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?		
infarto si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	morte improvvisa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	altro si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Anamnesi fisiologica

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)
(Barrare la casella che interessa; se risponde con "Sì, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

Capo, sistema nervoso Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie? <input type="checkbox"/> Sì, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO
Psiche Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre? <input type="checkbox"/> Sì, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO
Occhi DISTURBI VISIVI porta: <input type="checkbox"/> OCCHIALI <input type="checkbox"/> LENTI CONTATTO
Naso, seni paranasali Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro? <input type="checkbox"/> Sì, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO

Orecchie Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia <input type="checkbox"/> SI, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO		
Apparato respiratorio Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre? <input type="checkbox"/> SI, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO		
Sistema cardiocircolatorio Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro? <input type="checkbox"/> SI, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO		
Apparato digerente Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro? <input type="checkbox"/> SI, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO		
Apparato uro-genitale Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro? <input type="checkbox"/> SI, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO		
Cute, apparato locomotorio Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro? <input type="checkbox"/> SI, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO		
Metabolismo Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro? <input type="checkbox"/> SI, attualmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IN PASSATO		
Per FEMMINE:		
Attualmente in gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Anomalie del ciclo mestruale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Mestruazioni in atto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)		
Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario?(cosa/quando)		
Quanto alcool consuma? (cosa/quanto):		
Fuma? (cosa/quanto):		
Attualmente assume farmaci? (quali/quanto):		
In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Con la mia firma do il consenso al trattamento sanitario riguardo la visita medica e tutti gli accertamenti previsti. Sono informato che la modalità dello svolgimento della visita si può visionare sul sito www.villa-santanna.eu o rivolgendomi al Servizio di Medicina dello Sport della Casa di Cura.

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____

Firma: _____
(per i minorenni firma del genitore)