

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, Cognome: _____ Nato: _____

Via: _____

CAP: _____ Località: _____

Tel: _____ casa: _____ Lavoro: _____

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 <input type="checkbox"/> 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?	Anomalie del ciclo mestruale?	Mestruazioni in atto?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<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	

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____

Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)