

**SCHEDA ANAMNESI IDONEITÀ SPORTIVA
1ª VISITA**

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

Doc. d'Identità _____ Codice Fiscale _____

tel. _____ e-mail _____

Sport per cui è richiesta la visita _____ anni di attività sportiva _____

Società sportiva di appartenenza _____

Svolge regolarmente altri sport? SI NO Quali? _____

Si sta allenando regolarmente? SI NO Per quante ore la settimana? _____

Malattie riguardanti la famiglia (nonni, genitori, fratelli, sorelle)

Morte improvvisa	SI NO	Diabete	SI NO
Malattie di cuore	SI NO	Allergia	SI NO
Ictus	SI NO	Tumori	SI NO
Ipertensione	SI NO	Altro _____	SI NO

Notizie riguardanti l'atleta

Morbillo	SI NO	Pleurite	SI NO	Svenimento	SI NO
Varicella	SI NO	Polmonite	SI NO	Malattie di stomaco	SI NO
Rosolia	SI NO	Sinusite	SI NO	Malattie di reni	SI NO
Scarlattina	SI NO	Febbre reumatica	SI NO	Malattie di intestino	SI NO
Parotite	SI NO	Asma	SI NO	Lussazione anca	SI NO
Pertosse	SI NO	Eczema	SI NO	Scoliosi	SI NO
Epatite virale	SI NO	Allergia	SI NO	Dorso curvo	SI NO
Mononucleosi	SI NO	Anemia	SI NO	Piede piatto	SI NO
Tonsillite	SI NO	Diabete	SI NO	Scapole alate	SI NO
Tbc	SI NO	Tumore	SI NO	Altro _____	SI NO
Otite	SI NO	Epilessia	SI NO		

Malattie di cuore	SI NO	Traumi oculari	SI NO	Busti correttivi	SI NO
Malform. congenita	SI NO	Problemi oculari	SI NO	Ginnastica correttiva	SI NO
Problemi cardiaci	SI NO	Ipoacusia	SI NO	Rialzo al piede	SI NO
Aritmia	SI NO	Sordità	SI NO	Plantare	SI NO
Extrasistoli	SI NO			Scarpe ortopediche	SI NO
Soffio	SI NO	Trauma cranico	SI NO	Protesi	SI NO
Malform. valvolari	SI NO	Fratture	SI NO	Altro _____	SI NO
Miocardite	SI NO	Distorsioni	SI NO		
Pericardite	SI NO	Stiramenti muscolari	SI NO		
		Strappi muscolari	SI NO		
		Altro _____	SI NO		

Interventi chirurgici

Tonsille	SI NO	a _____ anni	Adenoidi	SI NO	a _____ anni
Ernia	SI NO	a _____ anni	Appendice	SI NO	a _____ anni

Altri interventi _____

Altre notizie particolari

Esami specialistici eseguiti

In passato è stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica presso altre strutture? SI NO quando _____

È stato dichiarato: IDONEO NON IDONEO: per quali motivi _____

SOSPESO: per quanto tempo _____ per quali motivi _____

Anamnesi cardiologica

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico? SI NO

Ha mai avuto la sensazione di battito mancante? SI NO

Quando compie uno sforzo fisico (corsa, scale):
accusa o ha accusato mancanza di respiro? SI NO
senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace? SI NO

Ha mai accusato episodi d'improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità? SI NO

È mai stato sospeso dall'attività agonistica in precedenti visite per motivi cardiologici? SI NO

È mai stato sottoposto a ulteriori accertamenti cardiologici? SI NO

Quali? _____

Promemoria per l'atleta e consenso informato agli accertamenti

Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'atleta se maggiorenne, dal genitore se minorenni. La casella di scelta SI NO dovrà essere sempre barrata.

Al momento della visita l'atleta dovrà presentarsi munito di: documento di riconoscimento, eventuale documentazione sanitaria (esami del sangue, lettere di dimissione ospedaliera, esiti di visite specialistiche, etc.), tessera sanitaria.

Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente ed è inoltre buona norma arrivare in ottime condizioni di pulizia personale.

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica.

Il sottoscritto (oppure il genitore se l'atleta è minore di anni 18) dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.

Delega un rappresentante della società al ritiro di copia del certificato? SI NO

Firma

dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minorenni