

SCHEDA ANAMNESTICA DI ACCERTAMENTO IDONEITA' SPORTIVA

Cognome **Nome**
Età **Sesso** M F **doc.identità num.**
Nato a **Prov.(.....)il**
Residente a **Prov.(.....)Via** **n.**
Tel. fisso **mob.**
 Società o gruppo sportivo.....
 Sport per cui è richiesta la visita di idoneità agonistica.....
 Hai già fatto visite di idoneità agonistica? SI NO In questa struttura?..... In che anno?
 Ti è mai stata negata l'idoneità? SI NO Perché?.....
 Hai mai fatto accertamenti ulteriori? SI NO Quali e quando?

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale..... da anni.....
 Sport praticati in passato per anni
 Numero allenamenti alla settimana ore/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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolori al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svenimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grande stanchezza	<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. ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età (<50) in famiglia?
chi?
3. pressione alta chi?
4. ictus chi?
5. diabete chi?
6. colesterolo alto chi?
7. malattie renali chi?
8. asma chi?
9. allergie chi?
10. malattie di fegato chi?
11. altro chi?
12. Malattie a carattere genetico-ereditario? Specificare chi e quali malattie

ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (patologie presenti o pregresse)

malattie di cuore	<input type="checkbox"/> cardiopatia ischemica	<input type="checkbox"/> malattie valvolari	<input type="checkbox"/> ipertensione arteriosa
	<input type="checkbox"/> aritmie	<input type="checkbox"/> altro?	
malattie polmonari	<input type="checkbox"/> quali?.....		
malattie renali	<input type="checkbox"/> quali?.....		
patologie tiroidee	<input type="checkbox"/> quali?.....		
interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> quali?.....		
	quando?		
infortuni	<input type="checkbox"/> quali?.....		
	quando?		
traumi cranici	<input type="checkbox"/> quali?.....		
	quando?		
ricoveri in ospedale	<input type="checkbox"/> perché?		
	quando?		
<input type="checkbox"/> varicella	<input type="checkbox"/> morbillo	<input type="checkbox"/> mononucleosi	<input type="checkbox"/> rosolia
<input type="checkbox"/> otiti/sinusiti/tonsilliti	<input type="checkbox"/> parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> pertosse	<input type="checkbox"/> scarlattina
<input type="checkbox"/> polmoniti	<input type="checkbox"/> diabete mellito	<input type="checkbox"/> dislipidemia	
allergie	<input type="checkbox"/> quali?.....		
altro	<input type="checkbox"/> cosa?		
Usi farmaci abitualmente?	<input type="checkbox"/> quali?	Dose	
	<input type="checkbox"/> quali?	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? menarca (età)..... data ultima mestruazione		
<u>Data vaccinazione antitetanica</u>			

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 in altra sede giudizio di Non idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Dichiaro inoltre di non avere al momento attuale altre cartelle di visita di idoneità per attività sportiva agonistica o non agonistica in attesa di conclusione presso altri ambulatori/centri/servizi pubblici o privati di medicina dello sport.

Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e di atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Mi impegno a seguire, rispettando in modo completo la prescrizione del medico e la terapia anti-ipertensiva prescritta (se prescritta). Sono consapevole che il mancato rispetto delle indicazioni terapeutiche renderà non valida la certificazione di idoneità rilasciata dallo Specialista.

Informato sulla modalità di esecuzione acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/2/82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico.

Sono informato che in caso di NON IDONEITA' dovrà essere trasmessa opportuna comunicazione alla Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e alla società sportiva di appartenenza.

Data,

Firma leggibile dell'atleta
o di chi ne esercita la patria potestà