

### 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)

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

<b>Orecchie</b> Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Apparato respiratorio</b> Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Sistema cardiocircolatorio</b> Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Apparato digerente</b> Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Apparato uro-genitale</b> Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Cute, apparato locomotorio</b> Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Metabolismo</b> Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Per FEMMINE:</b>		
<b>attualmente in gravidanza?</b>	<b>Anomalie del ciclo mestruale?</b>	<b>Mestruazioni in atto?</b>
<input type="text" value="SI"/>	<input type="text" value="SI"/>	<input type="text" value="SI"/>
<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="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="text" value="SI"/>	<input type="text" value="NO"/>	

**Con la mia firma dò 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 al sito [www.sabes.it](http://www.sabes.it) oppure rivolgendomi direttamente al Servizio di Medicina dello Sport dell' Azienda Sanitaria**

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(per i minorenni firma del genitore)