

## SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Doc. 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 alla settimana? \_\_\_\_\_

(BARRARE CIO' CHE INTERESSA)

### MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (specificare se genitore, fratello, sorella, nonno, nonna ecc...)

Cardiomiopatia ipertrofica	SI' NO	Malattia valvole cardiache	SI' NO
Cardiomiopatia dilatativa	SI' NO	Iperensione	SI' NO
Displasia aritmogena ventricolo	SI' NO	Aritmia	SI' NO
Infarto/Malattia coronarica	SI' NO	Diabete	SI' NO
Morte improvvisa	SI' NO	Asma	SI' NO
Dislipidemia	SI' NO	Tumori	SI' NO
Ictus	SI' NO	Altro	SI' NO

### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Infarto/Malattia coronarica	SI' NO	Cardiomiopatia ipertrofica	SI' NO
Malformazione congenita	SI' NO	Cardiomiopatia dilatativa	SI' NO
Miocardite/Pericardite	SI' NO	Displasia aritmogena ventricolo dx	SI' NO
Iperensione arteriosa	SI' NO	Malformazione valvolare	SI' NO
Insufficienza venosa/varici	SI' NO	Arteriopatia	SI' NO
Aritmia/extrasistoli	SI' NO	Altro	SI' NO

Morbillo	SI' NO	Pleurite	SI' NO	Tiroiditi	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	Fibrosi cistica	SI' NO	Malattie di intestino	SI' NO
Parotite	SI' NO	Febbre reumatica	SI' NO	Malattia celiaca	SI' NO
Pertosse	SI' NO	Allergie	SI' NO	Svenimento	SI' NO
Epatite virale	SI' NO	Asma	SI' NO	Epilessia	SI' NO
Mononucleosi	SI' NO	Eczema	SI' NO	Sclerosi multipla	SI' NO
Tonsillite	SI' NO	Anemia	SI' NO	Traumi oculari	SI' NO
Otite	SI' NO	Diabete	SI' NO	Patologie oculari	SI' NO
TBC	SI' NO	Dislipidemia	SI' NO	Ipoacusia / Sordità	SI' NO

Trauma cranico	SI' NO	Contratture muscolari	SI' NO	Rialzo al piede	SI' NO
Fratture	SI' NO	Scoliosi	SI' NO	Plantare	SI' NO
Distorsioni articolari	SI' NO	Dorso curvo	SI' NO	Scarpe ortopediche	SI' NO
Lussazione anca	SI' NO	Scapole alate	SI' NO	Protesi	SI' NO
Lussazioni articolari	SI' NO	Piede piatto	SI' NO	Altro	SI' NO
Stiramenti muscolari	SI' NO	Busti correttivi	SI' NO		
Strappi muscolari	SI' NO	Ginnastica correttiva	SI' NO		

E' portatore di occhiali e/o lenti a contatto? SI' NO			
Miopia	Astigmatismo	Ipermetropia	Altro

Età prima mestruazione _____	Data ultima mestruazione _____	Il ciclo è regolare? 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 CHIRURGICI: SI' NO

Quali? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

per quanto tempo ha sospeso l'attività? \_\_\_\_\_

## ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE O PRENDENDO FARMACI? SI' NO

Quali? \_\_\_\_\_

Per quale motivo? \_\_\_\_\_

## ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI:

## ALTRE NOTIZIE PARTICOLARI

ABITUDINI: FUMO  ALCOOL

## ANAMNESI CARDIOLOGICA

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico?	SI' NO
Ha mai avuto la sensazione di battito cardiaco mancante?	SI' NO
Quando compie uno sforzo fisico (gara, scale):	<input type="checkbox"/> senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace? <input type="checkbox"/> accusa o ha accusato mancanza di respiro?
Ha mai accusato episodi di improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità?	SI' NO
È mai stato sospeso dall'attività sportiva in precedenti visite per motivi cardiologici?	SI' NO
È mai stato sottoposto ad ulteriori accertamenti cardiologici?	SI' NO
Quali? _____	

In passato è mai stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica? SI' NO  
 A seguito dell'ultima visita sportiva, eseguita nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ è stato dichiarato

IDONEO  NON IDONEO  per quali i motivi? \_\_\_\_\_

SOSPESO per quanto tempo \_\_\_\_\_ per quali motivi? \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI RESE

Il sottoscritto (nome e cognome del genitore/tutore in caso di atleti minori) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nella presente "scheda anamnesi idoneità sportiva", che rivestono valenza medico legale, sono complete e veritiere, per cui in caso di dichiarazioni false contenenti omissioni di dati o non rispondenti a verità, s'incorrerà nelle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000.

Luogo, data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

dell'atleta (se maggiorenne) oppure del genitore o se minorenne

**AVVERTENZE:** presentarsi alla visita con:

1. Documento identità e tessera sanitaria;
2. Referto stampato dell'esame delle urine
3. Modulo richiesta della società sportiva;
4. Eventuali referti di visite cardiologiche, ecocardiografie, holter cardiaci, esami ematici
5. I portatori di lenti devono presentarsi con gli occhiali;
6. Mascherina protezione FFP2, anche l'accompagnatore

N.B.: L' eventuale copia dell'elettrocardiogramma, deve necessariamente essere refertata dal cardiologo, pertanto richiesta alla prenotazione e pagata a parte.