

Modulo Anamnestico da compilarsi prima della visita
In caso di dubbio non risponda, ma ne parli con il medico al momento della visita

Cognome e Nome dell'Atleta _____

Nato/a a _____ **Il** _____

Residente a _____ **Via/Piazza** _____

Codice Fiscale _____

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)

Diabete: si no Chi? _____
Asma: si no Chi? _____
Ipertensione arteriosa: si no Chi? _____
Cardiopatía ischemica od infarto: si no Chi? _____
Morte improvvisa: si no Chi? _____; a che età? _____; causa? _____
Altro: _____

DOMANDE RIFERITE ALL'ATLETA DA VISITARE

PESO(Kg): _____ **ALTEZZA(cm):** _____
QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? nessuna 5/10 più di 10 , da quanti anni? _____

ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DEI FARMACI? : si no

Se SI, quali e perché? _____

PATOLOGIE O DIFETTI VISIVI? si no **Se SI, quali?** _____

UTILIZZI OCCHIALI O LENTI A CONTATTO DURANTE LO SPORT? Occhiali Lenti a contatto Nulla

SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:

Diabete: si no Usi insulina? si no

Malattie e/o aritmie cardiache: si no **Se SI, quali?** _____

Ipertensione arteriosa : si no

Epilessia : si no Altre malattie neurologiche : si no **Se SI, quali?** _____

Allergie: si no **Se SI, a cosa?** _____

Asma: si no Altre malattie respiratorie : si no **Se SI, quali?** _____

Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI? si no **Se SI, quali e quando?** _____

Hai mai avuto INFORTUNI RILEVANTI? si no **Se SI, quali e quando?** _____

ASSENZA O ALTERATA FUNZIONE DI QUALCHE ORGANO INTERNO? si no

Se SI, quale? _____

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE?: _____

NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITA' SPORTIVA

HAI GIA' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA O NON AGONISTICA? si no

Se SI quale? NON AGONISTICA AGONISTICA

IN TALI VISITE SEI MAI STATO GIUDICATO NON IDONEO? si no **O SOSPESO?** si no

Se SI per quale motivo? _____

SONO MAI STATI RICHIESTI ALTRI ESAMI (es. Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo, ecc)? si no

Se SI per quale motivo? _____

DICHIARAZIONE: Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci. Dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

Questa dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenne, da almeno un genitore.

DATA _____

Firma dell'atleta (o del tutore se minore)

ESAME OBIETTIVO A CURA DEL MEDICO

PA _____ FC _____

Toni cardiaci: validi ipofonici

pause libere soffio (intensità _____ tipo _____)

localizzazione _____ risolto in Valsalva/ortostatismo sì no)

Murmure vescicolare: normotrasmeso ridotto (dove _____)

Rumori patologici: no sì (tipologia: _____ dove: _____)

Addome: trattabile dolente dolorabile alla palpazione (sede: _____)

peristalsi valida ipovalida assente

Apparato locomotore: apparentemente indenne