



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 sì no morte improvvisa sì no altro sì no

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)

Capo, sistema nervoso

Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?

Sì, attualmente

NO

IN PASSATO

Psiche

Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?

Sì, attualmente

NO

IN PASSATO

Occhi

DISTURBI VISIVI

porta:

OCCHIALI

LENTI CONTATTO

Naso, seni paranasali

Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

Sì, attualmente

NO

IN PASSATO

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

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____

Firma: _____
(per i minorenni firma del genitore)