



## SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICA SPORTIVA : ANAMNESI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Sport per cui è richiesta la visita di idoneità \_\_\_\_\_

Gruppo Sportivo \_\_\_\_\_

Ha già fatto visite di idoneità ? [ NO ] [ SI ] Dove l'ultima volta? \_\_\_\_\_ in che anno? \_\_\_\_\_

E' mai stata negata l'idoneità? [ NO ] [ SI ] Perché? \_\_\_\_\_

Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età in famiglia? [ NO ] [ SI ] Chi? \_\_\_\_\_

Malattie di cuore	NO	SI	Chi ?	Allergie	NO	SI	Chi ?
Pressione alta	NO	SI	Chi ?	Asma	NO	SI	Chi ?
Malattie di reni	NO	SI	Chi ?	Diabete	NO	SI	Chi ?
Malattie di fegato	NO	SI	Chi ?	Colesterolo	NO	SI	Chi ?

Fumo [ NO ] [ SI ] Quantità \_\_\_\_ Alcol [ NO ] [ SI ] (Vino \_\_\_\_ Birra \_\_\_\_ Superalcolici \_\_\_\_)

Lavoro \_\_\_\_\_ Menarca anni \_\_\_\_\_ (ultimo ciclo \_\_\_\_\_) Peso \_\_\_\_ altezza \_\_\_\_\_

Assume farmaci? [ NO ] [ SI ] Quali? \_\_\_\_\_

Porta occhiali o lenti a contatto? [ NO ] [ SI ] per \_\_\_\_\_ gradazione O dx \_\_\_\_\_ O sx \_\_\_\_\_

Vaccinazione antitetica? [ NO ] [ SI ] (Ultimo richiamo \_\_\_\_\_)



Ha mai avuto:

Otiti	NO	SI	Asma	NO	SI	Diabete	NO	SI	Soffio al cuore	NO	SI
Tonsilliti	NO	SI	Allergie	NO	SI	Colesterolo	NO	SI	Svenimenti	NO	SI
Polmoniti	NO	SI	Anemie	NO	SI	Malattie di Reni	NO	SI	Palpitazioni	NO	SI
Pleuriti	NO	SI	Epilessia	NO	SI	Malattie di Cuore	NO	SI	Pressione alta	NO	SI

Altre malattie \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici ( tipo e anno) \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

Per minori, informazioni fornite da \_\_\_\_\_

Io sottoscritto dichiaro di aver correttamente informato il medico delle mie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto; dichiaro inoltre di non aver ricevuto in altra sede giudizio di non idoneità alla pratica sportiva, mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol, nonché sui rischi insiti nell'esecuzione dello step test / cicloergometro. Con la presente do il consenso all'effettuazione della visita medica , compreso lo step test / cicloergometro, ed alla consegna del certificato di idoneità o di non idoneità alla società sportiva.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta

Per minori, firma dei genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_