



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? _____

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono stati casi di:

Malattie di cuore	NO	SI	Chi ?
Ipertensione	NO	SI	Chi ?
Ictus	NO	SI	Chi ?
Morte giovanile	NO	SI	Chi ?
Diabete	NO	SI	Chi ?
Colesterolo	NO	SI	Chi ?

Alimentazione regolare [NO] [SI], **Intestino regolare** [NO] [SI], **Riposo regolare** [NO] [SI]

Fumo [NO] [SI] Quantità _____ **Alcol** [NO] [SI] _____ **Caffè n°** _____ al giorno

Peso _____ Kg **Altezza** _____ cm **Per le atlete:** ultimo ciclo _____

Assume farmaci? [NO] [SI] Quali? _____



Porta occhiali o lenti a contatto? [NO] [SI] per _____ gradazione Odx _____ Osx _____

Vaccinazione antitetica? [NO] [SI] (Ultimo richiamo _____)

N° Allenamenti settimana: _____ **Durata allenamento** _____ **Tot. ore allenamento** _____

Soffre o ha mai sofferto di:

Otiti	NO	SI	Asma	NO	SI	Diabete	NO	SI	Malatt. Metaboliche	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
Mallattie Gastro Intestinali				NO	SI						

Altre malattie _____

Interventi chirurgici (tipo e anno) _____

Disturbi durante attività fisica _____

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