



## **RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO – NON AGONISTICO**

### **L'ATLETA**

COGNOME..... NOME.....

CODICE FISCALE: .....

Nato a ..... il .....

TIPO DOCUMENTO IDENTITÀ: ..... NUMERO..... RILASCIATO A  
.....IL .....SCADENZA .....

Residente in via ..... N° .....

C.A.P. .... Città .....

Telefono .....Email.....

### **CHIEDE VISITA MEDICO - SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA**

**AGONISTICA**

**NON AGONISTICA**   
**(buona salute)**

**DELLO SPORT** .....

- SOCIETÀ SPORTIVA INVIANTE: .....
- MEDICO INVIANTE: .....

### **QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

#### **Anamnesi familiare** (genitori, fratelli, nonni)

Diabete No  Sì  chi.....  
Ipertensione Arteriosa No  Sì  chi.....  
Morte improvvisa giovanile No  Sì  chi.....  
Cardiopatía ischemica od infarto No  Sì  chi.....  
Altro (specificare).....

#### **Anamnesi fisiologica**

Alimentazione Libera   regime dietetico in atto.....  
Alcolici e superalcolici Astemio  Occasionale  Bevitore  Ex-bevitore   
Fumo No  Sì  quante sigarette.....  
Uso di farmaci No  Sì  quali e perché .....

Altro (specificare) .....

#### **Soffri o hai sofferto di malattie come:**

Diabete No  Sì   
Malattie neurologiche o epilessia No  Sì   
Malattie renali No  Sì   
Traumi cranici No  Sì   
Ipertensione Arteriosa No  Sì   
Malattie e/o aritmie cardiache No  Sì

**EUTONIA Sanità e Salute S.r.l.**

Struttura Sanitaria Privata a Media Complessità autorizzata anche per la Medicina dello Sport di I° Livello  
Autorizzazione Sanitaria n. 0073968-P 05/12/2019 - Reg. Aut. FVG ASUITS - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste  
Sede legale: TRIESTE - via Rossetti, 62 - Tel. +39 040 360430 - Fax +39 040 3724455 - info@eutoniasanitaesalute.it  
Cap. Soc. 34.969,00 euro - P. IVA e Reg. Imprese Trieste n. 01223070325 - REA di Trieste n. 133864 - Cod Intersc. MSUXCR1  
Dir. San. Dr. Salvatore Guarneri - Sedi operative: Via Mascagni, 3/1 - Via Udine 11, Trieste



Asma	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	quali .....
Allergie	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	quali .....
Interventi chirurgici subiti	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	quali .....
Infortuni rilevanti o fratture	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	quali .....
Altro da segnalare .....			

**Per le donne:** Data primo menarca ..... Data ultima mestruazione .....

Gravidanze: No  Si  Quante.....

**Anamnesi sportiva**

Sport ..... Società sportiva .....

Allenamenti a settimana..... Durata in ore.....

Quando pratici sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
svenimenti	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
dolori toracici	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
grande stanchezza	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? No  Si

Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva? No  Si

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva? No  Si

In caso affermativo quali.....

Io sottoscritto (L'ATLETA)..... dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti, di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive obbligatorie per legge;
- di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la risposta fisiologica allo stress;
- mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool;
- Solo per le VISITE AGONISTICHE: di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante STEP-TEST e dichiara di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame;

Data ...../...../.....

Firma ..... (del genitore se l'atleta è minorenn)

**EUTONIA Sanità e Salute S.r.l.**

Struttura Sanitaria Privata a Media Complessità autorizzata anche per la Medicina dello Sport di I° Livello  
Autorizzazione Sanitaria n. 0073968-P 05/12/2019 - Reg. Aut. FVG ASUITS - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste  
Sede legale: TRIESTE - via Rossetti, 62 - Tel. +39 040 360430 - Fax +39 040 3724455 - info@eutoniasanitaasalute.it  
Cap. Soc. 34.969,00 euro - P. IVA e Reg. Imprese Trieste n. 01223070325 - REA di Trieste n. 133864 - Cod Intersc. MSUXCR1  
Dir. San. Dr. Salvatore Guarneri - Sedi operative: Via Mascagni, 3/1 - Via Udine 11, Trieste



---

**Esame obiettivo (da compilarsi a cura del Medico dello Sport)**

Trofismo \_\_\_\_\_ Peso Kg. \_\_\_\_\_ Statura cm. \_\_\_\_\_

Apparato locomotore \_\_\_\_\_

Torace ed apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Apparato cardiocircolatorio: \_\_\_\_\_ P.A. a riposo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Addome ed organo genitali: \_\_\_\_\_

Arti: \_\_\_\_\_

Acuità visiva: naturale OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10 \_\_\_\_\_

corretta OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10 \_\_\_\_\_

Senso cromatico: \_\_\_\_\_

Udito: \_\_\_\_\_

Conclusioni esame obiettivo: \_\_\_\_\_

---

Firma del medico visitante: \_\_\_\_\_