

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT- AGONISTICA

QUESTIONARIO ANAMNESI

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

CODICE FISCALE: ETA'..... SESSO M F

Nato a PROV (.....) IL/...../.....

Residente a PROV (.....) ViaN° CAP

Documento di Identità: N°..... Rilasciato da.....Scadenza/...../.....

Telefono E-mail

SPORT ATTUALE **SOCIETÀ' SPORTIVA**

PRIMA VISITA **RINNOVO**

ANAMNESI PATOLOGICA DEI FAMILIARI (malattie di cui genitori, fratelli, nonni soffrono o hanno sofferto):

Malattie di cuore	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Iperensione Arteriosa	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Cardiopatia ischemica/Infarto	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Morte improvvisa giovanile	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Ictus	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Diabete	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Colesterolo alto	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Asma / Allergie	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Tumori	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Altro (specificare).....			

ANAMNESI FIOLOGICA ATLETA

Fumo No Sì quante sigarette al giorno Da quanti anni.....

Caffè'/caffaina No Sì quanti caffè al giorno

Alcolici e superalcolici Astemio Bevitore Occasionale Bevitore Ex-bevitore

Uso di farmaci No Sì quali e perché

Alimentazione Libera regime dietetico to.....

Vaccinazione Antitetanica No Sì data dell'ultimo richiamo/...../.....

Altro (specificare)

Per le donne: Età della prima mestruazione data dell'ultimo ciclo/...../.....

Gravidanze: No Sì Quante.....

ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (malattie di cui soffri o hai sofferto)

Diabete	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Malattie di cuore / Aritmie	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Malattie renali	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Malattie polmonari/respiratorie	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> (eventuale pregressa positività al Covid -19 il/...../.....)
Malattie neurologiche o Epilessia	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Iperensione Arteriosa	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Colesterolo alto	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Malattie Reumatiche	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Otiti/Sinusiti No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Malattie della tiroide	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Tumori No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

./.

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 Sì Anemia No Sì
Allergie No Sì quali.....
Deficit Visivi No Sì (uso lenti..... Sì)
Altro da segnalare

Interventi chirurgici subiti No Sì quali età
Infortuni rilevanti (fratture, lussazioni,
gravi distorsioni, strappi) No Sì qualietà
Traumi cranici No Sì quando

ANAMNESI SPORTIVA ATLETA

Sport attuale praticato..... Società sportiva.....
Da quanti anni pratici questo sport? Quante ore dedichi a settimana?
Sport praticati in passato? Per anni?

Quando pratici sport, hai mai accusato:

Palpitazioni/battito irregolare No Sì
Svenimenti/Vertigini/Capogiri No Sì
Dolori al torace/Costrizione No Sì
Grande Stanchezza/Fatica sproporzionata No Sì

Hai già eseguito visite per l'idoneità Agonistica? No Sì dove l'ultima
Sei mai stato giudicato NON IDONEO all'attività sportiva? No Sì
Hai mai eseguito accertamenti dopo le visite di idoneità sportiva? No Sì quali.....

Io sottoscritto (o il genitore in caso di minore di 18 anni) dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie condizioni psicofisiche attuali, delle affezioni precedenti, di non aver ommesso nulla circa malattie pregresse o attuali;
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive per idoneità agonistica;
- di essere a conoscenza che in caso di non idoneità, sarà informata anche la competente Direzione Regionale della Salute e la Società Sportiva di appartenenza e do il mio consenso;
- 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;
- di non far uso di droghe e/o sostanze eccitanti o risonosc. legali, mi impegno a non farne uso e do atto di essere informato che fumo di tabacco e alcool sono dannosi per la salute;
- di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante STEP-TEST e dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica o sospeso su mia richiesta in qualsiasi momento, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame;
- di delegare i dirigenti preposti della Società Sportiva di appartenenza all'eventuale ritiro del mio certificato di idoneità.

Data/...../..... Firma (del genitore/chi esercita la potestà genitoriale, se minore)

IMPORTANTE: prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici né caffè, consumare un pasto leggero.

Presentarsi con abbigliamento comodo e portare Tessera Sanitaria, Codice Fiscale, documento di Identità.

Consegnare un campione di urine del primo mattino in contenitore sterile (acquistabile in farmacia) conservato al fresco/frigo.

Consegnare eventuali referti cardiologici o referti medici dell'atleta.

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 organi genitali: _____

Arti: _____

Acuità visiva: naturale OD _____/10 OS _____/10 _____

corretta OD _____/10 OS _____/10 _____

Senso cromatico: _____

Udito: _____

Esami specialistici integrativi: _____

Conclusioni esame obiettivo: _____

Firma del medico visitante: _____

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. M5UXCR1
Dir. San. Dr. Salvatore Guarneri - Sedi operative: Via Mascagni, 3/1 - Via Udine 11, Trieste



MODULO D'INFORMAZIONE PER LA VISITA D'IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

NOZIONI GENERALI

Il test di valutazione è un esame obbligatorio previsto dal D.M. 18.2.1982 per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica. È una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti.

Per atleti sotto i 35 anni di età, è prevista l'effettuazione dello STEP TEST consistente nel salire e scendere su di un gradino di altezza variabile in base al sesso ed all'età. Verrà eseguito un elettrocardiogramma sia a riposo sia dopo lo sforzo. Gli atleti di età superiore ai 35 o 40 anni (secondo le disposizioni delle singole Federazioni/ su giudizio clinico del Medico dello Sport) potrebbero essere sottoposti a test ergometrici massimali (al cicloergometro).

COME SI SVOLGE L'ESAME STEP-TEST

L'Utente viene prima sottoposto ad elettrocardiogramma a riposo, dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il prosieguo dell'esame. Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che, secondo le normative di legge, prevede l'esecuzione di un esercizio di salita e discesa da un gradino di misura prestabilita (STEP TEST). Al termine dell'esercizio viene eseguito un elettrocardiogramma e successivamente viene registrato l'I.R.I. (Indice di Recupero della Frequenza Cardiaca).

RISCHI POSSIBILI STEP-TEST

Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza. Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigine, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo. Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni.

CONTROINDICAZIONI STEP-TEST

Il test da sforzo è controindicato per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto. Durante la prova si realizza un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca e della pressione arteriosa o dell'aumento della temperatura del corpo.

CONSENSO INFORMATO PER STEP TEST

Dichiaro di aver letto il presente modulo e di essere stato informato/a sui rischi relativi all'effettuazione dello STEP TEST.

Se Maggiorene: io sottoscritto/a : **acconsento** a sottopormi alla visita ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura.

Se Minorenne: io sottoscritto/a:..... genitore di **acconsento** che mio figlio/a sia sottoposto/a alla visita ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie o opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura.

Data/...../..... Firma (del genitore/chi esercita la potestà genitoriale, se minore)



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE

accreditata S.S.N. - Trieste

Tel: 040 360430

Fax: 040 3724455

info@eutoniasanita.esalute.it

www.eutoniasanita.esalute.it

Modulo di **AUTODICHIARAZIONE COVID-19**, da compilare e consegnare

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov (_____) il ____/____/____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi

(ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000)

DICHIARA

- di **non** aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- di **non** avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane
- di **non** essere entrato in contatto, per quanto a conoscenza, con persone affette da Covid-19 (familiari, luoghi di lavoro, etc.) negli ultimi 14 giorni
- di **non** essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19
- di impegnarsi ad informare la nostra Struttura immediatamente qualora, successivamente alla presente dichiarazione, dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 o entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicato

Luogo, data _____, ____/____/____

L'atleta interessato * _____
* in caso di minore, è necessaria anche la firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (sotto)

Il genitore o l'esercente la potestà genitoriale _____
(in caso di atleta minore)