



RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT-NON 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.....
Cardiopatìa 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.....

Caffe'/caffèina 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 in atto.....

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 S.r.l. Sanità e Salute

Struttura Sanitaria Privata a Media Complessità autorizzata anche per la Medicina dello Sport di I° Livello

Autorizzazione Sanitaria n. 0099518 -P del 01/12/2023 T-GEN-IV-1-D-6- Azienda Sanitaria ASUGI

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 – Sede Legale e Operativa: Via Domenico Rossetti, 62, Sede Operativa: Via del Coroneo, 5 (Trieste)

Resp. Medico Ambulatorio Medicina dello Sport: Dr.ssa Cristiana Vidali, Sede Operativa e Ambulatorio Via del Coroneo, 5 (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 allo sport? No Sì dove l'ultima
Sei mai stato giudicato non idoneo all'attività sportiva? No Sì
Hai mai fatto ulteriori 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 omesso nulla circa malattie pregresse o attuali;
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive;
- 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 riconosciute illegali, mi impegno a non farne uso e o do atto di essere informato che fumo di tabacco e alcool sono dannosi per la salute;
- 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 in Via del Coroneo, 5 al 4° piano con modulistica già compilata, abbigliamento comodo e portare con sé Tessera Sanitaria, Codice Fiscale, documento di Identità.

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 dello Sport visitante:
