



## **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 (.....) Via .....N° ..... 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 FISIOLGICA 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.....

**AMNESI 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"/>



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 muscolari) No  Sì  quali .....età .....  
 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 omesso 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 riconosciute illegali, mi impegno a non farne uso e a 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 in Via del Coroneo, 5 (4° piano) con abbigliamento comodo e scarpe sportive e portare:

- i moduli compilati,

- 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 dello Sport visitante:

\_\_\_\_\_



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

### **NOZIONI GENERALI SUI TEST DA SFORZO**

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 entro i 39 anni di età (maschi) e entro i 49 anni di età (femmine), è prevista l'effettuazione dello **Step Test**. Gli atleti di età superiore/uguale a 40 anni (maschi) o superiore/uguale a 50 anni (femmine) e/o su giudizio clinico del Medico dello Sport vengono 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 altezza variabile in base al sesso ed all'età affiancati da medico e infermiere. per alcuni minuti (Step Test). Verrà ripetuto l'elettrocardiogramma dopo lo sforzo per verificare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio

### **COME SI SVOLGE L'ESAME AL CICLOERGOMETRO**

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 salire e pedalare su apposita cyclette dedicata con carichi successivi per poter raggiungere una frequenza cardiaca definita massimale per età, sottoponendo l'apparato circolatorio a carico massimale, a cui fa seguito una fase di recupero. Durante tutta la prova viene registrato in continuo l'elettrocardiogramma e viene monitorata la pressione arteriosa, consentendo di verificare il grado di tolleranza allo sforzo ed eventuali anomalie rilevate.

### **RISCHI POSSIBILI PER STEP-TEST O CICLOERGOMETRO**

I test da sforzo non sono esenti da complicanze anche se eseguiti con diligenza e prudenza, poiché sollecitano in modo importante l'apparato cardiocircolatorio. Tra gli eventi avversi che potrebbero verificarsi vi sono sintomi come il semplice dolore toracico, fino all'arresto cardiaco e la morte. L'arresto e la morte sono rarissimi (letteratura: 1 caso ogni 10.000 esami). Durante la prova l'utente 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. Durante i test sono presenti costantemente sia il Medico dello Sport, esperto in rianimazioni cardio polmonare, che l'infermiere; presso il Centro sono inoltre a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni di emergenza.

### **CONTROINDICAZIONI STEP-TEST O CICLOERGOMETRO**

I test da sforzo sono controindicati per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto. Durante la prova vi è un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare per l'aumento della portata cardiaca, della pressione arteriosa, della temperatura del corpo. Il test da sforzo verrà interrotto: al raggiungimento della frequenza cardiaca massimale, alla comparsa di esaurimento muscolare, dolore toracico, affanno, palpitazione, nausea, vertigini stanchezza, senso di svenimento, decisione del medico.

### **CONSENSO INFORMATO TEST DA SFORZO**

**Dichiaro di aver letto il presente modulo e di essere stato informato/a sui rischi relativi all'effettuazione del Test da Sforzo.**

**Se Maggiorennne:** 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)