

**ANAMNESI E AUTOCERTIFICAZIONE
(CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO NON AGONISTICO)**

Cognome : _____ Nome: _____

Nato/a il : _____ a : _____ Prov (_____)

Residente in via: _____ a _____

➤ Domande riguardanti la familiarità (nonni, genitori, fratelli, figli) di chi fa la visita:***Per quali di queste malattie sottoelencate ha familiarità?***

- ☐ Malattie di cuore ☐ Malattie neurologiche ☐ Malattie dei polmoni ☐ Epilessia
☐ Casi di morte improvvisa

➤ Domande che riguardano la storia clinica di chi fa la visita:***Di quali malattie sottoelencate ha sofferto in passato?***

- ☐ Malattie di cuore ☐ Malattie neurologiche ☐ Malattie dei polmoni ☐ Epilessia
☐ Scoliosi ☐ Malattie infettive ☐ Altro: _____

Precedenti interventi chirurgici: _____***Assume farmaci continuativamente? Se SI Quali ?*** _____***Attualmente Di quali patologie soffre? (in caso negativo scriva "nessuna")***
_____Fuma? ☐ Sì ☐ No Peso: _____ Kg Altezza: _____ cm***Pratica sport abitualmente? Se SI Quale ?*** _____***Da quanto tempo pratica attività fisica in maniera costante?***

- ☐ _____ mesi ☐ _____ anni ☐ è tanto tempo che non faccio attività fisica

Ha mai avuto problemi di salute da dover interrompere l'attività fisica? ☐ Sì ☐ No

Se Sì, quali? _____

Ha mai avuto episodi di svenimenti, giramenti di testa, nausea e vomito, cardiopalmo ("palpitazioni")

- ☐ Sì, quando e quale? _____ ☐ No

Ha eseguito altre visite mediche sportive presso il nostro centro in passato? ☐ Sì ☐ No

Data: _____

Firma _____

RISERVATO AI GENITORI DI PAZIENTI MINORENNI

Il/La sottoscritto/a _____

in quanto padre/madre/facente le veci di _____

dichiaro che mio/a figlio/a si trova in stato di buona salute e che è in grado di poter svolgere le attività proposte. Dichiaro inoltre che quanto sopra riportato corrisponde al vero e sollevo il medico da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute ma non emerse alla visita e non dichiarate nel presente modulo.

Data: _____

Firma del genitore _____

(Da compilare a cura del medico specialista di Medicina dello Sport)

ESAME OBIETTIVO

Cognome _____ Nome _____ età _____

Sesso ☐ M ☐ F Altezza _____ Peso _____ Pressione arteriosa ____/____

Anamnesi	_____
Familiare	_____
patologica	_____

App. cardiovascolare _____

Torace _____

Addome _____

Neurologico _____

ORL _____

Visus _____ EEG : _____

Test Ishihara _____ Spirometria _____

FC max dopo sforzo _____ IRI _____ es. urine _____

Referto _____

ECG _____

Ecocardio : _____

Holter : _____

Altri esami : _____

Giudizio finale: ☐ idoneo il ____/____/____ ☐ non idoneo il ____/____/____☐ accertamenti portati il ____/____/____

Il Medico dello Sport

.....