

**ACCERTAMENTO IDONEITA' SPECIFICA ALLO SPORT:**

AGONISTICO

NON AGONISTICO

**Dichiarazione dell'Atleta**

Cognome e nome di chi si sottopone a visita medico sportiva : .....

nato il ...../...../..... a .....

Residente in via..... a ..... C.A.P.....

Cell..... Mail .....

**Notizie riguardanti la famiglia** (barrare le caselle indicando il tipo di malattia dalla quale sono o sono stati affetti i familiari, specificando a lato quale parente ne è stato colpito: genitori, nonni, fratelli e sorelle, zii, cugini):

malattie di cuore	No <input type="checkbox"/>	Si:	
ipertensione	No <input type="checkbox"/>	Si:	
diabete	No <input type="checkbox"/>	Si:	
asma e malattie allergiche	No <input type="checkbox"/>	Si:	

**Notizie riguardanti l'Atleta** (barrare le caselle):

**FUMA** Sì  No  **ALCOOL** Sì  No

Quante sigarette al giorno? Con quale frequenza?

Ricoveri per intervento di:  tonsille  adenoidi  ernie  appendicite

altro tipo di intervento? no sì Quale?

ESITI?

**Altre Notizie:**

sta facendo cure? no sì se sì, per quali motivi?

usa occhiali? no sì indicare per quale patologia:

(DA COMPILARE SOLO PER LE VISITE SPORTIVE AGONISTICHE)

**Servizio di Medicina dello Sport – Dichiarazione obbligatoria da allegare alla scheda sanitaria**

(v.Circolare Regione Veneto n° 23694 del 20/06/1986)

Il Sottoscritto (Cognome e Nome dell'Atleta ).....

è /  non è stato sottoposto a precedenti visite medico sportive di legge.

A seguito dell'ultima visita medico sportiva di legge, eseguita nell'anno.....presso .....

è stato dichiarato idoneo alla pratica sportiva agonistica.....

non è stato dichiarato idoneo alla pratica sportiva agonistica..... per i seguenti motivi: .....

Il Sottoscritto (Cognome e Nome del genitore se l'Atleta è minorenni).....  
genitore di (cognome e nome di chi si sottopone alla visita medico sportiva) .....

**Dichiara** sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel "Questionario per l'Accertamento Idoneità specifica allo Sport" e nella "Dichiarazione obbligatoria da allegare alla scheda sanitaria" sono complete e veritiere.

Data ...../...../..... Firma dell'atleta (o del genitore in caso di minori).....

**Dichiara** di acconsentire alla raccolta ed al trattamento dei propri dati personali secondo quanto stabilito dalla L.196/03

Data...../...../..... Firma dell'atleta (o del genitore in caso di minori) .....

(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 \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Lo Specialista

.....