

Cognome _____ Nome _____ Nato il ____ / ____ / ____
Residente in _____ via _____

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)

Diabete Sì NO Chi? _____
Asma Sì NO Chi? _____
Ipertensione arteriosa Sì NO Chi? _____
Cardiopatía ischemica o infarto Sì NO Chi? _____
Morte improvvisa Sì NO Chi? _____ A che età? ____ Causa? _____
Altro _____

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

Tipo di lavoro praticato _____
Quante sigarette fumi al giorno? nessuna 5-10 più di 10 per quanti anni? _____
Ex Per quanti anni? _____ Da quanto hai smesso? _____
Bevi alcolici o superalcolici? Sì NO Se sì, quanto di media al giorno? _____
Assumi abitualmente o hai assunto dei farmaci? Sì NO
se sì, quali e perché? _____

SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME

Diabete Sì NO Usi insulina? Sì NO
Malattie e/o aritmie cardiache Sì NO Se Sì, quali? _____
Ipertensione arteriosa Sì NO
Epilessia Sì NO
Altre malattie neurologiche Sì NO Se Sì, quali? _____
Allergie Sì NO Se SÌ, a cosa? _____
Asma Sì NO
Altre malattie respiratorie Sì NO Se SÌ, quali? _____
Hai mai avuto interventi chirurgici? Sì NO
Se SÌ, quali e quando? _____
Hai mai avuto fratture? Sì NO
Se SÌ, quali e quando? _____
Hai mai avuto infortuni rilevanti? Sì NO
Se SÌ, quali e quando? _____
Hai mai avuto traumi cranici? Sì NO Se SÌ, quando? _____
con svenimento? Sì NO con ricovero? Sì NO
esami eseguiti _____
Assenza o alterata funzione di qualche organo interno? Sì NO
Se sì, quale? _____ Dovuta a? _____
Altre patologie da segnalare? _____

DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA DELLO SPORT HAI MAI ACCUSATO MALESSERI IMPROVVISI QUALI

Dolori al torace Sì NO
quando? _____ con che frequenza? _____ descrivili _____
Svenimento Sì NO
quando? _____ con che frequenza? _____ descrivili _____
Disturbi del ritmo cardiaco Sì NO
quando? _____ con che frequenza? _____ descrivili _____

NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITA' SPORTIVA

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica o non agonistica? Sì NO
se sì, quale? NON AGONISTICA AGONISTICA



In tali visite sei mai stato giudicato non idoneo? Sì NO O sospeso? Sì NO
se sì, per quale motivo? _____

Sono mai stati richiesti altri esami (es Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo,...)? Sì NO
se sì, per quale motivo? _____

MALATTIE INFANTILI

Morbillo	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Scarlattina	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Varicella	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pertosse	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Epatite B	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Parotite (orecchioni)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Rosolia	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Epatite C	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Mononucleosi inf.	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Altre malattie?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Se SÌ, quali? _____					

VACCINAZIONI

Morbillo/Rosolia/Parotite	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Meningococco ACWY	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Papilloma Virus (HPV)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Meningococco B	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Difterite/Tetano/Pertosse	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Varicella	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Influenza	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Epatite B	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epatite A	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

In caso negativo si raccomanda la vaccinazione in oggetto. Il Centro Medico Santagostino ha attivo un servizio di erogazione dei vaccini tramite personale qualificato.

NOTIZIE RELATIVE ALLA VISTA

Patologie o difetti visivi? Sì NO Se SÌ, quali? _____
Utilizzi occhiali o lenti a contatto? Sì NO
Se SÌ, cosa usi durante lo sport? Occhiali Lenti a contatto Nulla

NOTIZIE RELATIVE ALL'UDITO

Patologie o difetti uditivi? Sì NO Se SÌ, quali? _____
Se SÌ, usi protesi auricolari? Sì NO

DOMANDE RIFERITE ALL'APPARATO GENITALE

DONNE

Data prima mestruazione (menarca) _____
Data ultima mestruazione _____
Ciclo
regolare irregolare ancora non iniziato
assente Perché? _____
Usi farmaci anticoncezionali? Sì NO
Se SÌ, quali? _____

UOMINI

Hai da segnalare problemi agli organi genitali?
Sì NO NON SO
Se SÌ, quali? _____

DOMANDE RELATIVE AGLI SPORT PRATICATI

Quale sport praticati? _____ Da quanti anni? _____
N° di allenamenti a settimana _____ durata dell'allenamento _____

DOMANDE RIFERITE AI RISCHI E AI DANNI DEL DOPING

Ritieni di essere bene informato sui rischi e sui danni del doping e dell'uso improprio di farmaci o del loro abuso? Sì SOLO SUPERFICIALMENTE NO

Chi ti ha informato su questi rischi e sugli effetti conseguenti sulla salute?

medico della squadra	<input type="checkbox"/>	medico di famiglia	<input type="checkbox"/>	allenatore
giornali	<input type="checkbox"/>	televisione	<input type="checkbox"/>	internet
genitori	<input type="checkbox"/>	nessuno	<input type="checkbox"/>	altri _____

RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL MEDICO VISITATORE

Tel. abitazione _____ Tel cellulare _____
Tel cellulare del genitore (per i minori) _____ Nome genitore _____
Tel cellulare del genitore (per i minori) _____ Nome genitore _____
Fax _____ e-mail _____

DICHIARAZIONE Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico.
Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci.
Do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanza dopanti e dall'abuso di alcool.
La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenni, da almeno un genitore.
Sottoscrizione dopo presa visione di quanto dichiarato e colloquio chiarificatore con il medico.

DATA ____ / ____ / _____

FIRMA DEL MEDICO _____

FIRMA DEL ATLETA O
DEL TUTORE SE MINORE _____