

**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 (minorenne) .....  
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...../...../..... Firmadell'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 \_\_\_\_\_  NSE

Torace \_\_\_\_\_  NSE

Addome \_\_\_\_\_  NSE

Neurologico \_\_\_\_\_  NSE

ORL \_\_\_\_\_  NSE

Visus \_\_\_\_\_  C EEG : \_\_\_\_\_  NSE

Test Ishihara \_\_\_\_\_ Spirometria \_\_\_\_\_

FC max dopo sforzo \_\_\_\_\_ IRI \_\_\_\_\_ es. urine \_\_\_\_\_

Referto ECG \_\_\_\_\_  NSE

Ecocardio : \_\_\_\_\_

Holter : \_\_\_\_\_

Altri esami : \_\_\_\_\_

Giudizio Finale:

Idoneo il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  Non Idoneo il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  Idoneo Parziale il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

giudizio sospeso accertamenti richiesti \_\_\_\_\_

accertamenti portati il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Lo Specialista

.....