

**SCHEDA ANAMNESTICA PER VISITA MEDICA AI FINI DEL RILASCIO DEL CERTIFICATO
 DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA**

Cognome Nome

Età Sesso M F doc.identita' num. C.F.....

Nato a Prov. (.....) il/...../.....

Residente a..... Prov. (.....) Via..... n.....

Recapito telefonico E-MAIL.....

Professione Titolo scolastico.....

Società o gruppo sportivo.....

ANAMNESI FAMILIARE: Tra i familiari c'è qualcuno che ha sofferto di queste malattie?

Malattie di cuore	no	Si	chi?		A che età?	
Pressione alta	no	Si	chi?		A che età?	
Ictus	no	Si	chi?		A che età?	
Colesterolo alto	no	Si	chi?		A che età?	
Diabete	no	Si	chi?		A che età?	
Malattie renali	no	Si	chi?		A che età?	
Asma	no	Si	chi?		A che età?	
Allergie	no	Si	chi?		A che età?	
Malattie di fegato	no	Si	chi?		A che età?	
Altro (specificare) _____	no	Si	chi?		A che età?	
Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età (<50) in famiglia?	no	Si	chi?		A che età?	
Malattie a carattere genetico- ereditario (specificare)	no	Si	chi?		A che età?	

ANAMNESI DELL'ATLETA

Hai già fatto **visite** di idoneità? No Si Dove l'ultima volta? In che anno?

Sei mai stato dichiarato "**non idoneo/a**" No Si per.....

Ti sono mai stati richiesti **accertamenti supplementari**? No Si Quali?.....

Attività sportiva attuale.....dall'età di anni

Numero allenamenti alla settimana.....ore complessive/settimana

Sport praticati in passato per anni.....

Hai mai accusato uno dei seguenti sintomi?	A riposo		Durante l'attività sportiva	
	Sì	No	Sì	No
Mancanza di respiro	Sì	No	Sì	No
Svenimenti	Sì	No	Sì	No
Palpitazioni/Battito irregolare	Sì	No	Sì	No
Fatica sproporzionata a sforzo	Sì	No	Sì	No
Dolori/Costrizione al torace	Sì	No	Sì	No

Hai mai avuto una delle seguenti **malattie**?

Allergie	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Svenimenti	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Pertosse	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Asma	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Palpitazioni	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Morbillo	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Polmoniti	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Pressione alta	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Scarlattina	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Pleuriti	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Malattie reni	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Meningite	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Intolleranze alim.	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Malattie intestinali	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Epilessia	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Colesterolo alto	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Mononucleosi	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Diabete	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Varicella	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	otiti/tonsilliti frequenti	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Malattie cuore	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Rosolia	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Deficit visivi	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Soffio al cuore	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Parotite (orecchioni)	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	Deficit uditivi	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

Altre malattie (tipo ed età)

Interventi **chirurgici** (tipo ed età)

Infortunati e **traumi** (tipo ed età)

Fumi? No Sì Se sì, quante sigarette?...al di. Da quanti anni? ... **Sei un ex fumatore?** No Sì

Se sì, da quanti anni hai smesso? Quante sigarette fumavi? ...al di. Per quanti anni?

Alcolici No Sì Saltuariamente? Sì No Se no, quanti bicchieri al giorno birre, vino, superalcolici

Assumi **farmaci**? No Sì Se sì, quali

Hai mai fatto uso o ti sono state proposte **sostanze** per migliorare le prestazioni? No Sì

Hai fatto **esami ematochimici** nell'ultimo anno? No Sì per quale motivo?

Conosci il valore della tua **glicemia**? No Sì No, ma ricordo che risultava "normale"

Conosci il valore del tuo **colesterolo**? No Sì No, ma ricordo che risultava "normale"

Nell'ultimo mese hai avuto **febbre**? No Sì

Vaccinazione antitetanica No Sì anno dell'ultimo richiamo:

Età della prima mestruazione..... data d'inizio dell'ultima mestruazione

Gravidanze No Sì quante?..... A termine

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto né di aver assunto comportamenti tali da falsare o rendere pericolosa l'esecuzione degli esami previsti dalla visita.

Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Luogo data Firma dell'atleta.....

(Firma del genitore/tutore legale/delegato se l'atleta è minorenne)

Importante: portare fotocopie di tutti i referti medici riguardanti l'atleta, in particolare di natura cardiologica. Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non mangiare abbondantemente e arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.