

# SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA

a cura dell'atleta

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Doc. identità N. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Sport per cui è richiesta la visita \_\_\_\_\_ Anni di attività sportiva \_\_\_\_\_  
Società sportiva di appartenenza \_\_\_\_\_  
Desidera l'idoneità per altri sport? SI NO Quali \_\_\_\_\_

## MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (specificare se genitore, fratello, sorella, nonno/a ecc.)

Cardiomiopatia	SI' NO		Malattia valvole cardiache	SI' NO	
Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Aritmia	SI' NO	
Morte improvvisa	SI' NO		Diabete	SI' NO	
Dislipidemia	SI' NO		Asma	SI' NO	
Ictus	SI' NO		Tumori	SI' NO	
Ipertensione	SI' NO		Altro	SI' NO	

## NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Cardiomiopatia	SI' NO	
Malformazione congenita	SI' NO		Malformazione valvolare	SI' NO	
Miocardite/Pericardite	SI' NO		Aritmia/extrasistoli	SI' NO	
Ipertensione arteriosa	SI' NO		Arteriopatia	SI' NO	
Insufficienza venosa/varici	SI' NO		Altro	SI' NO	

Morbillo	SI' NO	Pleurite	SI' NO	Tiroiditi	SI' NO
Varicella	SI' NO	Polmonite	SI' NO	Malattie di stomaco	SI' NO
Rosolia	SI' NO	Sinusite	SI' NO	Malattie di reni	SI' NO
Scarlattina	SI' NO	Fibrosi cistica	SI' NO	Malattie di intestino	SI' NO
Parotite	SI' NO	Febbre reumatica	SI' NO	Malattia celiaca	SI' NO
Pertosse	SI' NO	Allergie	SI' NO	Svenimento	SI' NO
Epatite virale	SI' NO	Asma	SI' NO	Epilessia	SI' NO
Mononucleosi	SI' NO	Eczema	SI' NO	Sclerosi multipla	SI' NO
Tonsillite	SI' NO	Anemia	SI' NO	Traumi oculari	SI' NO
Otite	SI' NO	Diabete	SI' NO	Patologie oculari	SI' NO
TBC	SI' NO	Dislipidemia	SI' NO	Ipoacusia / Sordità	SI' NO

Trauma cranico	SI' NO	Contratture muscolari	SI' NO	Rialzo al piede	SI' NO
Fratture	SI' NO	Scoliosi	SI' NO	Plantare	SI' NO
Distorsioni articolari	SI' NO	Dorso curvo	SI' NO	Scarpe ortopediche	SI' NO
Lussazione anca	SI' NO	Scapole alate	SI' NO	Protesi	SI' NO
Lussazioni articolari	SI' NO	Piede piatto	SI' NO	Altro	SI' NO
Stiramenti muscolari	SI' NO	Busti correttivi	SI' NO		
Strappi muscolari	SI' NO	Ginnastica correttiva	SI' NO		

È portatore di occhiali e/o lenti a contatto? SI' NO			
Miopia	Astigmatismo	Ipermetropia	Altro

Fumo	Si	No	Sigarette n° al dì	
Alcool	Si	No	Vino bicchieri n° al dì	Superalcolici
Caffè	Si	No	Al dì n°	

## SOLO PER ATLETA FEMMINA

Età prima mestruazione	Data ultima mestruazione	/ /	Il ciclo è regolare?	SI' NO
------------------------	--------------------------	-----	----------------------	--------

## INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI' NO	Età	Adenoidi	SI' NO	Età
Ernia	SI' NO	Età	Appendice	SI' NO	Età

## ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI: SI' NO

Quali? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

per quanto tempo ha sospeso l'attività? \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE O PRENDENDO FARMACI?** **SI** **NO**

Quali? \_\_\_\_\_

Per quale motivo? \_\_\_\_\_

**Ha contratto infezione da SARS-Cov-2?** **SI** **NO** **se si quando:**

È vaccinato NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ se si quante dosi \_\_\_\_\_ data dell'ultima vaccinazione \_\_\_\_\_

L'infezione da Covid 19 si è presentata in modo asintomatico/lieve **SI** **NO**

Ha necessitato di terapie antibiotiche, cortisoniche o epariniche **SI** **NO**

Ha necessitato di ricovero **SI** **NO**

## ANAMNESI CARDIOLOGICA

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico?	SI'	NO
Ha mai avuto la sensazione di battito cardiaco mancante?	SI'	NO
Quando compie uno sforzo fisico (gara, scale): <ul style="list-style-type: none"><li>• accusa o ha accusato mancanza di respiro?</li><li>• senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace?</li></ul>	SI'	NO
Ha mai accusato episodi di improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità?	SI'	NO
È mai stato sospeso dall'attività sportiva in precedenti visite per motivi cardiologici?	SI'	NO
È mai stato sottoposto ad ulteriori accertamenti cardiologici?	SI'	NO
Quali?		

## DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 20/06/1986.

In passato è mai stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica? **SI'** **NO** A seguito  
dell'ultima visita sportiva, eseguita nell'anno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ è stato  
dichiarato **IDONEO** **NON IDONEO** per quali i motivi \_\_\_\_\_  
**SOSPESO** per quanto tempo \_\_\_\_\_ per quali motivi? \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO.

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità agonistica, compreso il test da sforzo (test ergometrico, test al gradino). Dichiaro inoltre di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, avere sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro.

Luogo/data \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_  
dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

## DICHIARAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI EX ART. 23 DEL D.LGS 196/2003

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice. Dichiaro inoltre di accettare le comunicazioni via SMS relative alla visita in oggetto.

Luogo/data \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_  
dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

**FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA VISITA MEDICA DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA

- Gli atleti di età inferiore ai 18 anni dovranno essere accompagnati da un genitore o da persona adulta munita di delega (si veda l'apposito modulo allegato).

### IL GIORNO DELL'APPUNTAMENTO:

- ☐ **L'atleta deve presentarsi presso i locali di Medicina dello Sport del poliambulatorio Cura e Salute sito in Via Granatieri di Sardegna, n. 48 - Bovolone (VR) - telefono 045 6902712.**
- ☐ Dotarsi di abbigliamento idoneo (pantaloncini corti, scarpe ginniche, top o canottiera per le atlete).
- ☐ Si consiglia una alimentazione leggera, evitare caffè, alcol, tabacco e sforzi fisici particolarmente intensi nelle ore precedenti la visita.
- ☐ Per ragioni organizzative si raccomanda di arrivare almeno 15 minuti prima dell'orario dell'appuntamento.

### DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE

**Se impossibilitato a presentarsi all'appuntamento, l'atleta deve dare disdetta almeno 48 ore prima della data fissata, salvo casi di forza maggiore.**

**In caso di mancata disdetta, l'utente è tenuto al pagamento dell'intero costo della prestazione.**

### DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA PORTARE:

- ☐ richiesta di visita agonistica da parte del Presidente della Società Sportiva di appartenenza,
- ☐ tessera sanitaria e codice fiscale,
- ☐ documento di riconoscimento valido,
- ☐ scheda anamnesi compilata con i dati dell'atleta e firmata dal genitore per i minori di 18 anni,
- ☐ eventuale terapia farmacologica e documentazione sanitaria relativa ad accertamenti precedenti (esami di laboratorio, radiografie, esiti di visite specialistiche, lettere di dimissioni ospedaliere, ecc.).

Si avvisa la gentile utenza che, come disposizione Ulss, la documentazione prodotta durante la visita sportiva è per uso interno e deve essere archiviata insieme alla cartella clinica del paziente. Il pagamento della visita comporta il solo certificato sportivo. Qualora il paziente necessiti di tale documentazione, potrà essere rilasciata a seguito di richiesta e al pagamento del relativo costo.