

L'ATLETA

COGNOME..... NOME.....
CODICE FISCALE..... N° DOCUMENTO IDENTITA'.....
Nato/a a..... il
Residente a Via..... n°.....
Telefono..... E-mail.....

CHIEDE VISITA MEDICA PER L'IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA ☐

NON AGONISTICA ☐

SPORT..... FEDERAZIONE

☐ SOCIETA' SPORTIVA INVIANTE.....

A. ANAMNESI FAMILIARE

Ci sono **GENITORI, FRATELLI, SORELLE, NONNI o ZII**- che soffrono o abbiano sofferto di:

	SI	NO	CHI	ETA'
Iperensione arteriosa				
Infarto cardiaco				
Cardiopatie				
Morte improvvisa giovanile				
Obesità				
Colesterolo alto				
Diabete				
Ictus				
Asma/Allergie				
Tumori				

Altre malattie rilevanti non comprese sopra? (fegato, reni, tiroide/endocrine, polmoni, pat. neurologiche)

.....
.....

Malattie a carattere genetico-ereditario? Specificare chi e quali malattie

.....
.....

B. ANAMNESI PERSONALE FISIOLOGICA

Alimentazione libera?	SI	NO	Regime Dietetico			
Fuma?	SI	NO	Se sì, quante sigarette al giorno e da quanto tempo			
Beve caffeina? (caffè, the, coca-cola)	SI	NO	Quanto?			
Assume alcolici e superalcolici?	SI	NO	Occasionale	Moderato	Bevitore	Ex-bevitore
Porta occhiali da vista o lenti?	SI	NO				
Fa uso di farmaci?	SI	NO	Se sì, quali e perché?			
Vaccinazione antitetanica	SI	NO	Se sì, eseguita in data?			
Età prima mestruazione						
Menopausa	SI	NO	Data ultima mestruazione			
Gravidanze e/o aborti	SI	NO				
Data ultimi esami del sangue			Normali		Alterati	

C. ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA

	SI	NO
Ipertensione arteriosa		
Infarto		
Palpitazioni/Dolore toracico		
Extrasistoli		
Svenimenti		
Colesterolo elevato		
Diabete		
Anemia		
Allergie		
Asma		
Epilessia		
HIV		
COVID-19		

	SI	NO
Malattie respiratorie		
Malattie tiroidee/endocrine		
Malattie fegato/vie biliari		
Epatite		
Malattie neurologiche		
Malattie psichiatriche		
Malattie reni/vie urinarie		
Daltonismo		
Lesione timpano		
Tumori		
Ricoveri ospedalieri		
Interventi chirurgici/fratture		

Se sì, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età _____

D. ANAMNESI SPORTIVA

	SI	NO			
Ha già eseguito altre visite per il rilascio del certificato?			Anno ultima visita:		
E' mai stato dichiarato SOSPESO o NON IDONEO?			Motivo:		
Ha mai fatto accertamenti ulteriori?			Quali e quando:		
Attività sportiva attuale			Da quanti anni:		
Sport praticati in passato			Durata:		
Numero allenamenti a settimana attualmente			Ore/settimana		
Impegno fisico attuale	Leggero		Medio	Notevole	Notevolissimo

Durante l'attività sportiva ha mai avuto problemi/sintomi anomali?	SI	NO
Mancanza di respiro		
Palpitazioni		
Dolore al torace		
Svenimenti		
Grande stanchezza		

AUTODICHIARAZIONE:

Il/La sottoscritto/a

dichiara di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni fisiologiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato/a non idoneo/a in precedenti visite medico sportive.

Data.....

Firma dell'atleta

Firma dei genitori o del tutore legalmente nominato

.....

.....

.....

Firma del medico