

## 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 .....