



**REGIONE DEL VENETO AZIENDA U.L.S.S. n. 4 "VENETO ORIENTALE"**  
**DISTRETTO UNICO U.O.S. MEDICINA DELLO SPORT**

SAN DONA' DI PIAVE  
TEL/FAX 0421/227736  
medsport.sandona@aulss4.veneto.it

JESOLO  
TEL/FAX 0421/388847  
medsport.jesolo@aulss4.veneto.it

PORTOGRUARO  
TEL/FAX 0421/396503/6506  
medsport.portogruaro@aulss4.veneto.it

**ACCERTAMENTO DI IDONEITA' SPECIFICA ALLO SPORT**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residenza \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
doc. d'identità \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_  
Sport per cui è richiesta la visita \_\_\_\_\_ anni di attività sportiva \_\_\_\_\_  
Società sportiva di appartenenza \_\_\_\_\_  
Svolge regolarmente altri sport? SI NO Quali? \_\_\_\_\_  
Si sta allenando regolarmente? SI NO Per quante ore a settimana? \_\_\_\_\_

**Malattie riguardanti la famiglia (nonni, genitori, fratelli, sorelle)**

Morte improvvisa (inf. a 40 anni)	SI NO	Diabete	SI NO
Malattie di cuore	SI NO	Allergia	SI NO
Ictus	SI NO	Tumori	SI NO
Ipertensione	SI NO	Altro _____	SI NO

**Notizie riguardanti l'atleta**

Morbillo	SI NO	Pleurite	SI NO	Malattie gastrointestinali	SI NO
Varicella	SI NO	Polmonite	SI NO	Malattie dei renali	SI NO
Rosolia	SI NO	Sinusite	SI NO	Malattie intestinali	SI NO
Scarlattina	SI NO	Febbre reumatica	SI NO	Lussazione anca	SI NO
Parotite	SI NO	Asma	SI NO	Scoliosi	SI NO
Pertosse	SI NO	Eczema	SI NO	Dorso curvo	SI NO
Epatite virale	SI NO	Allergia	SI NO	Piede piatto	SI NO
Mononucleosi	SI NO	Anemia	SI NO	Scapole alate	SI NO
Tonsillite	SI NO	Diabete	SI NO	Colesterolo elevato	SI NO
Tbc	SI NO	Tumore	SI NO		
Otite	SI NO	Epilessia	SI NO		
Malattie cardiache	SI NO	Traumi oculari	SI NO	Busti correttivi	SI NO
Malform. congenita	SI NO	Problemi oculari	SI NO	Ginnastica correttiva	SI NO
Extrasistoli	SI NO	Ipoacusia	SI NO	Rialzo al piede	SI NO
Soffio	SI NO	Sordità	SI NO	Plantare	SI NO
Malform. valvolari	SI NO	Trauma cranico	SI NO	Scarpe ortopediche	SI NO
Miocardite	SI NO	Fratture	SI NO	Protesi	SI NO
Ipertensione	SI NO	Distorsioni	SI NO	altro _____	SI NO
Colesterolo elevato	SI NO	Stiramenti muscolari	SI NO		
altro _____	SI NO	Strappi muscolari	SI NO		
		altro _____	SI NO		

**Interventi chirurgici**

Tonsille SI NO a \_\_\_\_\_ anni  
Ernia SI NO a \_\_\_\_\_ anni  
Adenoidi SI NO a \_\_\_\_\_ anni  
Appendicite SI NO a \_\_\_\_\_ anni

Altri interventi \_\_\_\_\_

ASSUME FARMACI? SI NO se si quali? \_\_\_\_\_

quanti al giorno \_\_\_\_\_ da quanti anni \_\_\_\_\_

## Altre notizie particolari

---

## Esami specialistici eseguiti

---

---

In passato è stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica presso altre strutture ?

SI NO quando \_\_\_\_\_

E' stato dichiarato: IDONEO NON IDONEO: per quali motivi \_\_\_\_\_

SOSPESO: per quanto tempo \_\_\_\_\_ per quali motivi \_\_\_\_\_

## Anamnesi cardiologica

E' mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico? \_\_\_\_\_

SI NO

Ha mai avuto la sensazione di battito mancante? \_\_\_\_\_

SI NO

Quando compie uno sforzo fisico (corsa, scale):

accusa o ha accusato mancanza di respiro? \_\_\_\_\_

SI NO

senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace? \_\_\_\_\_

SI NO

Hai mai accusato episodi d'improvvisa accelerazione del battito cardiaco

con altrettanto improvviso ritorno alla normalità? \_\_\_\_\_

SI NO

E' mai stato sospeso dall'attività agonistica in precedenti visite per motivi cardiologici? \_\_\_\_\_

SI NO

E' mai stato sottoposto a ulteriori accertamenti cardiologici? \_\_\_\_\_

SI NO

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

## Promemoria per l'atleta e consenso informato agli accertamenti

Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'atleta se maggiorenne, dal genitore se minorenni. La casella di scelta SI NO dovrà essere sempre barrata. Al momento della visita l'atleta dovrà presentarsi munito di: **documento di riconoscimento, eventuale documentazione sanitaria (esami del sangue, lettere di dimissioni ospedaliere, esiti di visite specialistiche, etc.), tessera sanitaria. Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici non aver mangiato abbondantemente ed è inoltre buona norma arrivare in ottime condizioni di pulizia personale. Gli atleti minorenni devono essere accompagnati da un genitore, o da un maggiorenne munito di delega**

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica.

Il sottoscritto (oppure il genitore se l'atleta è minore di 18 anni) dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.

Delega un rappresentante della società al ritiro di copia del certificato? \_\_\_\_\_

SI NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dell'atleta se maggiorenne o di un genitore o tutore per i minorenni