



**REGIONE DEL VENETO AZIENDA U.L.S.S. n. 10 "VENETO ORIENTALE"**  
**DISTRETTO UNICO U.O.S. MEDICINA DELLO SPORT**

☐ SAN DONA' DI PIAVE

TEL/FAX 0421/227736

medsport.sandona@ulss10.veneto.it

☐ JESOLO

TEL/FAX 0421/388847

medsport.jesolo@ulss10.veneto.it

☐ PORTOGRUARO

TEL/FAX 0421/396503/6506

medsport.portogruaro@ulss10.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  | SI NO | Diabete     | SI NO |
| Malattie di cuore | SI NO | Allergia    | SI NO |
| Ictus             | SI NO | Tumori      | SI NO |
| Iperensione       | 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 | altro _____                | 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 |
| Problemi cardiaci  | SI NO | Ipoacusia            | SI NO | Rialzo al piede            | SI NO |
| Extrasistoli       | SI NO | Sordità              | SI NO | Plantare                   | SI NO |
| Soffio             | SI NO | Trauma cranico       | SI NO | Scarpe ortopediche         |       |
| Malform. valvolari | SI NO | Fratture             | SI NO | Protesi                    | SI NO |
| Miocardite         | SI NO | Distorsioni          | SI NO | altro _____                | SI NO |
| Pericardite        | SI NO | Stiramenti muscolari | SI NO |                            |       |
| altro _____        | SI NO | Strappi muscolari    | SI NO |                            |       |
|                    |       | altro _____          | SI NO |                            |       |

**Interventi chirurgici**

|          |       |              |             |       |              |
|----------|-------|--------------|-------------|-------|--------------|
| Tonsille | SI NO | a _____ anni | Adenoidi    | SI NO | a _____ anni |
| Ernia    | SI NO | a _____ anni | Appendicite | SI NO | a _____ anni |

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

## 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.**

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

I dati sopraindicati saranno trattati nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. 196/03 e s.m.i. per la tutela dei dati personali.