


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
Varicella	SI	NO
Rosolia	SI	NO
Scarlattina	SI	NO
Parotite	SI	NO
Pertosse	SI	NO
Epatite virale	SI	NO
Mononucleosi	SI	NO
Tonsillite	SI	NO
Tbc	SI	NO
Otite	SI	NO

Pleurite	SI	NO
Polmonite	SI	NO
Sinusite	SI	NO
Febbre reumatica	SI	NO
Asma	SI	NO
Eczema	SI	NO
Allergia	SI	NO
Anemia	SI	NO
Diabete	SI	NO
Tumore	SI	NO
Epilessia	SI	NO

Malattie gastrointestinali	SI	NO
Malattie dei renali	SI	NO
Malattie intestinali	SI	NO
Lussazione anca	SI	NO
Scoliosi	SI	NO
Dorso curvo	SI	NO
Piede piatto	SI	NO
Scapole alate	SI	NO
Colesterolo elevato	SI	NO

Malattie cardiache	SI	NO
Malform. congenita	SI	NO
Extrasistoli	SI	NO
Soffio	SI	NO
Malform. valvolari	SI	NO
Miocardite	SI	NO
Ipertensione	SI	NO
Colesterolo elevato	SI	NO
altro _____	SI	NO

Traumi oculari	SI	NO
Problemi oculari	SI	NO
Ipoacusia	SI	NO
Sordità	SI	NO
Trauma cranico	SI	NO
Fratture	SI	NO
Distorsioni	SI	NO
Stiramenti muscolari	SI	NO
Strappi muscolari	SI	NO
altro _____	SI	NO

Busti correttivi	SI	NO
Ginnastica correttiva	SI	NO
Rialzo al piede	SI	NO
Plantare	SI	NO
Scarpe ortopediche	SI	NO
Protesi	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