

VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA (D. M. S. 18.2.1982) NON AGONISTICA

Data:
Accettazione:
Protocollo:

ATLETA

Cognome e Nome: Codice Fiscale M F
Luogo di Nascita: Data di Nascita: / /
Residenza: Tel.:
Documento Identità: N.:

SOCIETÀ SPORTIVA Ragione Sociale:

Codice Federale:

Affiliata a: Federazione Sportiva Nazionale Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto del C.O.N.I.

SPORT

Tipo di Sport: Categoria:

Tipo di Certificato: Prima affiliazione Rinnovo Altro:

Certificato di Idoneità Precedente il Rilascio, il / /

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto, consapevole che all'atto della raccolta dei dati personali ed anamnestici, le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ, PENA LA REVOCA DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ:

- che le notizie clinico-anamnestiche fornite in sede di visita medico-sportiva sono complete e veritiere;
- di essere informato sulla tipologia e sul significato degli accertamenti sanitari cui viene sottoposto ex D. M. Sanità 18.2.1982, ss.mm.ii e/o che si renderanno necessari per la definizione del giudizio di idoneità e di esprimere il proprio libero consenso all'esecuzione degli stessi;
- di essere informato sul significato del giudizio di idoneità alla pratica sportiva agonistica;
- di prendere visione dei dati personali e sensibili riportati nei documenti amministrativi e sanitari cartacei o elettronici compilati dal personale addetto;
- di esprimere il proprio libero consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili secondo il D.Lgs. n° 196 del 30.6.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali).
- di NON ESSERE stato sottoposto a precedenti visite medico-sportive di legge;
- di ESSERE stato sottoposto a precedenti visite medico-sportive di legge con il seguente risultato:
 - SEMPRE DICHIARATO IDONEO alla pratica sportiva agonistica;
 - DICHIARATO NON IDONEO (*) alla pratica sportiva agonistica nell'anno da
per i seguenti motivi:

(*) in caso di NON IDONEITÀ la certificazione dev'essere rilasciata dalla medesima Struttura che l'abbia emessa oppure da altra Struttura che attesti la cessazione della causa di inidoneità.

Firma dell'Atleta

Firma del Tutore Legale

ANAMNESI FAMILIARE

Genitori: in vita riferiti sani

Cardiopatìa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Diabete	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Neoplasie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Iperensione Arteriosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Asma Bronchiale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: <input type="checkbox"/> estrinseco <input type="checkbox"/> intrinseco

Altro:

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA Ricoveri, malattie gravi ed interventi chirurgici riferiti dall'atleta

L'atleta non riferisce alcun ricovero, malattia grave od intervento chirurgico

Appendicectomia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Adeno-tonsillectomia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Ernia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Traumi sportivi:	
Fratture	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Distorsioni gravi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:
Strappi gravi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì:

Altro:

ANAMNESI FISIOLGICA

Professione:

Esposto a rischi professionali: No Sì: da anni:

Invalità: No Sì:

Fumo: No Sì: da anni: n. sigarette/die: Ex Fumatore da anni:

Potus: No Saltuario Sì: quantità/die:

Occhiali: No Sì **Lenti a Contatto:** No Sì **Rialzo al Piede:** No Sì

Allergie: No Sì:

Farmaci in uso, terapie in atto: No Sì:

Per le Atlete: Gravidanza in atto: No Sì **Menarca ad anni:** **Data ultima mestruazione:**

Ciclo mestruale: Assente Presente: Regolare Irregolare:

Altro:

L'atleta riferisce l'assenza di sintomi e patologie in atto.

Tonsillite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Piede piatto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Epilessia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Morbillo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Epatite virale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Diabete	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Varicella	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Pleurite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Rosolia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Anemia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Fratture accidentali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Parotite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie renali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Scapole alate	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Tosse canina	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Tubercolosi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Polmonite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Scarlattina	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Lussazione d'anca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Eczema	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Cardiopatie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Scoliosi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Allergie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Dorso curvo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Svenimento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie intestinali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

L'atleta riferisce la seguente sintomatologia in atto:

.....

.....

.....

ESAME OBIETTIVO

Peso (kg): **Altezza** (cm): **PAO** (a riposo, mmHg): / **Polso** (a riposo, btt/min):

Aspetto: normotipo sovrappeso sottopeso **Trofismo:** nella norma

Cute: n.d.p. **Mucose:** n.d.p.

Naso-Gola: indenni

Linfonodi: indenni

Tiroide: n.d.p. palpabile

Apparato Muscolo-Scheletrico: n.d.p.

Arti: n.d.p.

Rachide: n.d.p.

Addome: n.d.p.

Fegato: nei limiti **Milza:** nei limiti

Torace: n.d.p.

Cuore e vasi: n.d.p.

Apparato Urogenitale: n.d.p. **Giordano:** neg. pos. a Dx pos. a Sx

Sistema Nervoso: n.d.p.

Acuità visiva: naturale: OD: /10 OS: /10 corretta: OD: /10 OS: /10

Senso cromatico: n.d.p. sufficiente discromatopsia

Udito: n.d.p. **Psiche:** n.d.p.

Altro:

Il Medico visitatore

ACCERTAMENTI SANITARI ED ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI

Accertamenti	Referto allegato	Note
<input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma a riposo	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma dopo sforzo	<input type="checkbox"/> vedi allegato	IRI:
<input type="checkbox"/> Esame urine	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Spirometria	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Esame neurologico	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Esame otorinolaringoiatrico	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Audiometria	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Esame oculistico	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Visita cardiologica	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Test da sforzo al cicloergometro	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	

GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'atleta, all'atto della visita,

NON PRESENTA

PRESENTA

controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport

per il periodo di: 1 anno 6 mesi 3 mesi

Luogo e data:..... /..... /.....

Timbro e firma del Medico

.....