

SCHEDA ANAMNESTICA DI ACCERTAMENTO IDONEITA' SPORTIVA

Cognome **Nome**
Età **Sesso** M F **doc.identità num.**
Nato a **Prov.(.....)il**
Residente a **Prov.(.....)Via** **n.**
Tel. fisso **mob.**
 Società o gruppo sportivo.....
 Sport per cui è richiesta la visita di idoneità agonistica.....
 Hai già fatto visite di idoneità agonistica? SI NO In questa struttura?..... In che anno?
 Ti è mai stata negata l'idoneità? SI NO Perché?.....
 Hai mai fatto accertamenti ulteriori? SI NO Quali e quando?

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale..... da anni.....
 Sport praticati in passato per anni
 Numero allenamenti alla settimana ore/settimana..... Impegno fisico:

Notevolissimo
 Notevole
 Medio
 Leggero

Hai mai accusato:

Hai mai accusato:

a riposo

durante attività sportiva

 Mancanza di respiro

 Palpitazioni

 Dolori al torace

 Svenimenti

 Grande stanchezza

ANAMNESI FAMILIARE (malattie presenti nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni)

Malattie di cuore - chi?
 - quali?

Malattie a carattere genetico ereditario? - chi?
 - quali?

Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età (<50) in famiglia? - chi?

Pressione alta - chi?

Ictus - chi?

Diabete - chi?

Colesterolo alto - chi?

Malattie renali - chi?

Asma - chi?

Allergie - chi?

Malattie di fegato - chi?

Inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati, pre-annegamento
 - cosa?

- chi?

Qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impianti, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)

- cosa?

- chi?

Cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica <55 anni se maschi, <65 anni se femmine

- cosa?

- chi?

Tumori, malattie neurologiche, malattie del sangue

- cosa?

- chi?

Altro

- chi?

ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (patologie presenti o pregresse)

Hai mai avuto perdita di sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi (quasi svenimento-sincope)	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto capogiri, vertigini?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fisichi, tosse)	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardio-palmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari- extrasistoli)	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Un medico ti ha mai detto che hai qualsiasi problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, una aritmia cardiaca, un'infezione al cuore nell'ultimo mese (ad esempio miocardite, mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata, febbre reumatica?		NO	SI
			Quando?

Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?	NO	SI
		Quando?
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECO	NO	SI
		Quando?
Hai qualche allergia (es pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)	NO	SI
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria e eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?	NO	SI
		Quando?
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci su prescrizione medica o "da banco" o pillole o inalatori	NO	SI
Negli ultimi due anni hai preso farmaci in maniera costante? Quali?	NO	SI
		Quando?
Hai / hai avuto malattie renali?	NO	SI
		Quando?
Sei affetto da patologie tiroidee? Quali?	NO	SI
		Quando?
Hai subito interventi chirurgici? Quali?	NO	SI
		Quando?
Sei mai stato ricoverato in ospedale? Per quale motivo?	NO	SI
		Quando?
Hai subito infortuni? Quali?	NO	SI
		Quando?
Hai mai subito traumi cranici?	NO	SI
		Quando?
Hai avuto la varicella?	NO	SI
Hai avuto il morbillo?	NO	SI
Hai avuto la mononucleosi?	NO	SI
Hai avuto la rosolia?	NO	SI
Hai avuto la scarlattina?	NO	SI

Hai avuto otiti / sinusiti /	NO	SI
Hai avuto la parotite (orecchioni)?	NO	SI
Hai avuto la pertosse?	NO	SI
Hai mai avuto la polmonite?	NO	SI
Soffri di diabete?	NO	SI
Soffri di dislipidemia?	NO	SI

<u>FUMI</u>						SI	NO
Sigarette al giorno		Da anni		Età inizio		Età fine	
<u>BEVI ALCOLICI</u>						SI	NO
Quantità al giorno		Da anni		Età inizio		Età fine	
<u>FA USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI</u>						SI	NO
modalità		Da anni		Età inizio		Età fine	
<u>BEVI CAFFE</u>	SI	NO	Quante tazzine al giorno				
<u>GRAVIDANZE</u>						SI	NO
Quante		Menarca (età)			Data ultimo ciclo		

Data vaccinazione antitetanica

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto:

Dichiara inoltre di non aver mai ricevuto in altra sede giudizio di Non idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Dichiaro inoltre di non avere al momento attuale altre cartelle di visita di idoneità per attività sportiva agonistica o non agonistica in attesa di conclusione presso altri ambulatori/centri/servizi pubblici o privati di medicina dello sport.

Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e di atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Mi impegno a seguire, rispettando in modo completo la prescrizione del medico e la terapia anti-ipertensiva prescritta (se prescritta). Sono consapevole che il mancato rispetto delle indicazioni terapeutiche renderà non valida la certificazione di idoneità rilasciata dallo Specialista.

Informato sulla modalità di esecuzione acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/2/82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico.

Sono informato che in caso di NON IDONEITA' dovrà essere trasmessa opportuna comunicazione alla Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e alla società sportiva di appartenenza.

Data,

Firma leggibile dell'atleta
o di chi ne esercita la patria potestà