



SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE MEDICO – SPORTIVA (dichiarazione dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

Cognome: _____

Nome: _____

Nato a: _____

Il: ____ / ____ / ____

N° telefono: _____

Medico curante: _____

A. Anamnesi sportiva

Sport per il quale è richiesta la visita: _____ Prima visita Rinnovo

Società: _____

B. Anamnesi familiare

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, nonni)

Malattie di cuore NO SI

Diabete mellito NO SI

Morte improvvisa NO SI

Malattie Tiroidee NO SI

Ipertensione NO SI

Colesterolo alto NO SI

Obesità NO SI

C. Anamnesi fisiologica dell'atleta

Fuma NO SI

Se sì, quanto? _____

Beve alcolici NO SI

Se sì, quanto? _____

Beve caffè NO SI

Se sì, quanto? _____

Età prima mestruazione ____ anni.

Anomalie del ciclo mestruale NO SI

Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari NO SI

Se sì, quali _____

D. Anamnesi patologica dell'atleta

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie NO SI

Diabete mellito NO SI

Asma bronchiale NO SI

Colesterolo elevato NO SI

Altre mal. respiratorie NO SI

Malattie gastro-intestinali NO SI

Anemia NO SI

Malattie muscolo-scheletriche NO SI

Epilessia NO SI

Malattie neurologiche NO SI

Svenimenti NO SI

Malattie tiroidee NO SI

Malattie di cuore NO SI

Malattie del fegato/vie biliari NO SI

Palpitazioni NO SI

Interventi chirurgici NO SI

Dolore toracico NO SI

Malattie psichiatriche NO SI

Vertigini NO SI

Malattie dei reni/vie urinarie NO SI

Pressione elevata NO SI

Altro (specificare) NO SI

Disturbi visivi NO SI

Ha già eseguito visite per l'idoneità agonistica? NO SI

È mai stato giudicato NON idoneo? NO SI

Firma del dichiarante (o di un genitore per atleti minorenni)



SCHEDA VALUTAZIONE MEDICO – SPORTIVA (a cura del medico)

Cognome e nome atleta: _____

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI FISIOLOGICA

ANAMNESI PATOLOGICA E PATOLOGICA SPORTIVA

ESAME OBIETTIVO

Torace Normoconformato <input type="checkbox"/> Altro _____	Addome Trattabile, indolente <input type="checkbox"/> Altro _____
Rachide In asse <input type="checkbox"/> Altro _____	Apparato cardiovascolare Toni validi e ritmici, pause libere <input type="checkbox"/> Altro _____
Apparato respiratorio MV e FVT normotrasmessi <input type="checkbox"/> Altro _____	Apparato locomotore Indenne, con motilità conservata, normale trofismo muscolare <input type="checkbox"/> Altro _____

Altezza _____ cm Peso _____ kg PA _____ mmHg

Acuità visiva _____/10dx _____/10sx _____/10cl _____/10cl

Spirometria Nei limiti S. ostruttiva S. restrittiva

Esame urine Nella norma Altro _____

ECG BASALE

PROVA DA SFORZO

Il medico visitatore _____