



CENTRO MEDICO MARGHERITA

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT
AGONISTICO

L'ATLETA

DATA VISITA.....

COGNOME..... NOME.....

CODICE FISCALE:

DOCUMENTO D'IDENTITA' N°.....

Nato a il

Residente in C.A.P.

Via N°

Telefono Mail.....

CHIEDE Visita Medico-Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA

AGONISTICA

DELLO SPORT

FIRMA DELL'ATLETA

AUTODICHIARAZIONE Decreto n. 196/03 T.V. 2004

Il sottoscritto (esercente la patria potestà sul
minore) dà il consenso alla effettuazione
dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma del genitore o tutore



Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Esprimo inoltre, ai sensi della attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto richiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame. Dichiaro altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Firma del dichiarante o (per i minori) dell'esercente la patria potestà

.....

Data.....



CENTRO MEDICO MARGHERITA

MODULO DI ANAMNESI

Cognome _____ Nome _____ Età _____
Luogo di nascita _____ Data di Nascita _____ Sesso _____
Indirizzo _____ Codice Fiscale _____
Città _____ CAP _____ Prov. _____

Questionario anamnestico

Anamnesi familiare (Genitori, fratelli, nonni)

Diabete Si No chi _____
Ipertensione Arteriosa Si No chi _____
Morte improvvisa giovanile Si No chi _____
Cardiopatìa ischemica od infarto Si No chi _____
Altro (specificare) _____

Anamnesi fisiologica

Alimentazione Libera regime dietetico in atto _____
Fumo Si quante sigarette _____ No
Alcolici e superalcolici Astemio Occasionale Bevitore Ex-bevitore
Uso di farmaci Si No
quali e perchè _____
Altro (specificare) _____

Per le donne: _____ Data primo menarca _____ Data ultima mestruazione _____
Gravidanze Si No quante _____

Soffri o hai sofferto di malattie come:

Diabete Si No Ipertensione Arteriosa Si No
Malattie neurologiche o epilessia Si No Malattie e/o aritmie cardiache Si No
Malattie renali Si No Asma Si No
Allergie Si No quali _____
Interventi chirurgici subiti Si No quali _____
Infortuni rilevanti o fratture Si No quali _____
Traumi cranici Si No
Altro _____

Anamnesi sportiva

Centro Medico Margherita - via Dante, 51 - 33090 Lestans di Sequals (PN) - tel./fax 0427 916641 – 329 9499935
AUT. ASS 6 N. 37005/DP dd 29/05/2008 - Direttore Sanitario Dr. Nazario Tassotti
Partita Iva 02492100306 – Codice Fiscale MSDGLI69P64L483I
info@centromedicomargherita.com - www.centromedicomargherita.com



CENTRO MEDICO MARGHERITA

Sport _____ Società sportiva _____

Allenamenti a settimana _____ Durata in ore _____

Quando pratichi sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi Si No dolori toracici Si No

svenimenti Si No grande stanchezza Si No

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? Si No

Sei mai stato giudicato NON idoneo o sospeso nel corso di tali visite? Si No

In caso affermativo, indicare la ragione _____

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva Si No

In caso affermativo quali _____

Dichiarazione ex. D.M.18/02/82: va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenni, da almeno un genitore. Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o d'atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.

Data _____

Firma _____ (del genitore se l'atleta è minorenne)

Esame obiettivo

Trofismo _____ Peso Kg. _____ Statura cm. _____

Apparato locomotore _____

Torace ed apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio: _____

_____ P.A. a riposo _____/_____

Addome ed organo genitali: _____

Arti: _____

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

_____ corretta OD _____/10 OS _____/10

Senso cromatico: _____

Udito: _____

Conclusioni esame obiettivo: _____

Firma del medico visitatore