

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA - PRIMA VISITA

Nome e cognome _____
Data di nascita e luogo _____ peso _____ altezza _____
residente a _____ in via _____ n° _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni):

Nella sua famiglia c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Colesterolo alto o diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Morte improvvisa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Ictus	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA (in seguito ad una visita medica le è mai stato diagnosticato/riferito):

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aritmie (battiti irregolari)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Malattie genetiche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DURANTE LA SU VITA HA MAI ACCUSATO (IN PARTICOLARE DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA) UNO DEI SEGUENTI SINTOMI:

Dolore o senso di costrizione al petto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Svenimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cardiopalmo-tachicardia anomala	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Difficoltà respiratoria improvvisa anomala	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

È mai stato/a sottoposto/a a procedure o esami/accertamenti cardiologici? _____

Se sì, quali e per quale motivo? _____

Ha mai avuto uno o più tra i seguenti problemi di salute?

Fratture	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Strappi muscolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Distorsioni o lussazioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dolori forti e prolungati alla schiena	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Traumi cranici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

Attualmente è seguito dal suo medico curante o da uno specialista per problemi di salute cronici oppure è in fase di accertamento per problemi di salute? SI NO

Attualmente assume farmaci? SI NO

Se sì, quali e con quale dosaggio?? _____

Fuma? SI NO Se sì, quante sigarette e da quanti anni? _____

È mai stata/o sottoposto a interventi chirurgici? SI NO

Se sì, quali e quando? _____

È mai stata/o sospesa/o dall'attività sportiva agonistica in seguito alla visita medico-sportiva? SI NO

Se sì, quando e per quale motivo? _____

È mai stato giudicato NON IDONEO alla pratica di sport agonistico? SI NO

Se sì, quando e per quale motivo? _____

Quando e dove è stato sottoposto all'ultima visita medico-sportiva? _____



DICHIARAZIONE:

Il sottoscritto (oppure legale rappresentante se l'atleta è minorenni) dichiara quanto segue:

- il questionario è stato compilato in tutte le sue voci;
- quanto compilato nel questionario corrisponde a verità;
- ha informato il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o altro evento patologico contratto nel passato;
- di non aver accertamenti relativi a visite medico-sportive agonistiche in sospeso presso altre strutture sanitarie pubbliche o private.

Data ____ / ____ / ____

Firma del paziente o del legale rappresentante

