

Azienda Sanitaria de Sudtiroi

Territorialer Bereich
Betrieblicher Dienst für
Sportmedizin

Area Territoriale
Servizio Aziendale di
Medicina dello Sport

VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

Indicare lo sport per il quale viene chiesta la visita di idoneità

Questa parte della scheda sanitaria è da compilare a cura dell'interessato stesso

Dati anagrafici

Nome, Cognome: _____ Nato: _____

Via: _____

CAP: _____ Località: _____

Tel: _____ casa: _____ Lavoro: _____

Pratica sportiva

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se sì, quali?

Quanto si allena? (ore/settimana)

Pratica altri sport (quali/quanto)?

Anamnesi familiare

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?

infarto si ☐ no ☐ morte improvvisa si ☐ no ☐ altro si ☐ no ☐

Anamnesi fisiologica

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)
(Barrare la casella che interessa; se risponde con "Sì, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

Capo, sistema nervoso
Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Psiche
Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Occhi

☐ DISTURBI VISIVI porta: ☐ OCCHIALI ☐ LENTI CONTATTO

Naso, seni paranasali
Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Orecchie
Otit, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Apparato respiratorio
Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Sistema cardiocircolatorio
Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Apparato digerente
Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Apparato uro-genitale
Nefriti, pieliti, calcoli renali, altro?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Cute, apparato locomotorio
Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Metabolismo
Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?

☐ Sì, attualmente ☐ NO ☐ IN PASSATO

Per FEMMINE:

attualmente in gravidanza? Anomalie del ciclo mestruale? Mestruazioni in atto?

☐ SÌ ☐ SÌ ☐ SÌ
☐ NO ☐ NO ☐ NO

Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)

Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)

Quanto alcool consuma? (cosa/quanto): _____

Fuma? (cosa/quanto): _____

Attualmente assume farmaci? (quali/quanto): _____

In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?

☐ SÌ ☐ NO

Con la mia firma dò il consenso al trattamento sanitario riguardo la visita medica e tutti gli accertamenti previsti. Sono informato che la modalità dello svolgimento della visita si può visionare al sito www.sabes.it oppure rivolgendomi direttamente al Servizio di Medicina dello Sport dell'Azienda Sanitaria

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____

Firma: _____
(per i minorenni firma anche dei genitori - in caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo conferma con la propria firma di aver ottenuto anche il consenso dell'altro genitore)