

STUDIO MEDICO

 **VILLANOVA
POLIAMBULATORIO**
Piazza Mariutto, 7
35010 Villanova di Camposampiero (PD)
T +39 049 9220197
e-mail: poliamb.villanova@libero.it

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO - SPORTIVA

→ Cognome _____ Nome _____

→ Nato/a a _____ il _____

→ Residente _____ Via _____ N _____ Tel _____

→ Domicilio _____ Via _____ N _____

→ Documento di identità _____

ULSS di appartenenza n. _____

→ Sport per cui è stata richiesta la visita _____

Altri sports ev. praticati _____

Età inizio attività sportiva _____

Prima visita _____

Visite successive _____

Privato _____ Società _____

In sospeso per: _____

ANAMNESI

A.Familiare _____

A.Fisiologia _____

Menarca _____ Data ultima mestruazione _____

Fumo _____ Alcool _____

A. Patologia _____

Interventi chirurgici _____

Infortuni _____

DICHIARAZIONE:

Io sottoscritto/a dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato/a dichiarato/a non idoneo/a in precedenti visite medico-sportive. Mi impegno inoltre a non far uso di droghe riconosciute illegali, essendo stato/a informato/a dei pericoli derivati dall'impiego delle stesse, dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool. Dichiaro inoltre di non avere in sospeso accertamenti presso altre strutture pubbliche o private accreditate.



Firma del dichiarante

ESAME OBIETTIVO

Trofismo _____ Peso Kg _____ Statura cm _____

Apparato locomotore _____

Apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio _____

_____ P.A. a riposo _____

Addome e organi genitali _____

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

Senso cromatico _____

Udito _____

Firma del medico _____

ELETTROCARDIOGRAMMA

Data _____

Cognome e nome _____

Età _____

ECG a riposo _____

Step test _____

Test al cicloergometro _____

P.A. a riposo _____ dopo sforzo _____ F.C. a riposo _____ dopo sforzo _____

I.R.I. _____

PQ : _____ QT: _____

Obiettività cardiologica _____

Consento a sottopormi all'indagine del test ergometrico e dichiaro di essere stato adeguatamente informato sui vantaggi e sui rischi specifici connessi all'indagine.

Firma del dichiarante _____

Firma del cardiologo _____

ESAME URINE:

Aspetto _____ Colore _____ Reazione _____
Reperto _____

GRUPPO SANGUIGNO: (A - B - 0) _____ Fattore Rh _____

ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI

SPIROMETRIA:

Capacità vitale	CV	_____	(norm. _____)
Capacità vitale forzata	CVF	_____	(norm. _____)
Volume espir.max sec.	VEMS	_____	(norm. _____)
Indice Tiffeneau	VEMS/CV	_____	(norm. _____)
Max vent.volont.	MVV	_____	(norm. _____)

Conclusioni: _____

ESAME NEUROLOGICO: _____

ELETTROENCEFALOGRAMMA: _____

ESAME OTORINOLARINGOIATRICO: _____

AUDIOMETRIA: _____

ALTRI ESAMI: _____

CONTROLLI PERIODICI: _____

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE: _____

GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'atleta, all'atto della visita, non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport: _____

La presente idoneità è valida sino a _____

In caso di **non idoneità** verrà trasmessa opportuna comunicazione alla F.M.S.I.

Li, _____

(timbro e firma del medico)

➔ **QUESTIONARIO DI MEDICINA DELLO SPORT** (compilazione a cura dell'atleta)

NOMINATIVO _____ PROFESSIONE _____

ACCERTAMENTO D'IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT _____

PER: PRIMA AFFILIAZIONE - RINNOVO - VISITA DI CONTROLLO

DI ATLETA: PROFESSIONISTA - DILETTANTE

1. TRA I FAMILIARI C'È QUALCUNO CHE HA SOFFERTO DELLE SEGUENTI MALATTIE:

Malattie di Cuore	No	Sì	Chi:	Pressione Alta	No	Sì	Chi:
Diabete	No	Sì	Chi:	Tubercolosi	No	Sì	Chi:
Asma	No	Sì	Chi:	Allergie	No	Sì	Chi:
Malattie di Fegato	No	Sì	Chi:	Malattie di Reni	No	Sì	Chi:
Morti Improvise	No	Sì	Chi:	Altro			

2. LE SUE ABITUDINI DI VITA:

Dieta Libera e Varia	No	Sì	Controllata:								
Alvo Regolare (regolarità delle evacuazioni)	No	Sì									
Sonno Regolare	No	Sì									
Digestione Regolare	No	Sì									
Fumo	No	Sì	Quante?	Da quanti anni?							
Caffè	No	Sì	Quanti?								
Alcolici	No	Sì	Quantità?	Vino	Birra	Superalcolici					
Menarca (prime mestruazioni)	No	Sì	Età _____	Ciclo Regolare:	No	Sì	Gravidanze:	No	Sì	N°:	
Fa uso abituale di farmaci	No	Sì	Quali?.....								
			Da quando?.....								
			Perché?.....								
Vaccinazione Antitetanica	No	Sì	Data ultima vaccinazione: ____ / ____ / ____ (campo obbligatorio)								

3. LE MALATTIE CHE HA AVUTO:

Morbillo	No	Sì	Otiti	No	Sì	Anemia	No	Sì	Diabete	No	Sì
Varicella	No	Sì	Sinusiti	No	Sì	Vertigini	No	Sì	Allergie	No	Sì
Rosolia	No	Sì	Tonsilliti	No	Sì	Mal. Reni	No	Sì	Asma	No	Sì
Orecchioni	No	Sì	Polmoniti	No	Sì	Epilessia	No	Sì	Soffio al cuore	No	Sì
Scarlattina	No	Sì	Pleuriti	No	Sì	Svenimenti	No	Sì	Pressione Alta	No	Sì
Scoliosi	No	Sì	Mal. Cuore	No	Sì	Epatite	No	Sì	Palpitazioni	No	Sì
Altro											

4. HA MAI SUBITO:

Interventi Chirurgici	No	Sì	Quali?	Data
Ricoveri in Ospedale	No	Sì	Quali?	Data
Traumi Fratture Lussazioni Altri Infortuni	No	Sì	Quali?	Data
Esami radiologici	No	Sì	Quali?	Data

5. DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA HA MAI ACCUSATO :

Grande Stanchezza	No	Sì	Dolori al Cuore	No	Sì	Svenimenti	No	Sì	Dolori alle Articolazioni	No	Sì
Palpitazioni	No	Sì	Altro								

6. ANAMNESI CARDIOLOGICA

-Soffre o ha mai sofferto di:

Malattie di cuore	No	Sì	Soffi al cuore	No	Sì	Ipertensione (pressione alta)	No	Sì	Aritmie (battito irregolare)	No	Sì
-------------------	----	----	----------------	----	----	-------------------------------	----	----	------------------------------	----	----

-Durante la sua vita ha mai accusato:

Dolore al petto	No	Sì	Costrizione tipo a sbarra o a morsa al centro del torace	No	Sì	Sensazione di perdita di un battito	No	Sì
Svenimento	No	Sì	Vertigini	No	Sì			

-In condizioni di riposo ha mai accusato:

Episodi d'improvvisa accelerazione del battito cardiaco	No	Sì	Difficoltà respiratorie	No	Sì
---	----	----	-------------------------	----	----

-E' mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici?:

Se si quali											
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. ATTIVITA' SPORTIVA ATTUALE:

Da quanto tempo Anni _____ Mesi _____ Numero di sessioni alla settimana _____

Ore alla settimana _____

Impegno alla settimana: notevole intenso medio leggero

Io sottoscritto _____ dichiaro:

- a) di aver riferito il vero;
- b) di non aver omesso nulla circa le malattie o menomazioni pregresse in atto;
- c) di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge;
- d) di non avere in corso sospensioni e di non essere in attesa di giudizio da parte di altro specialista in medicina dello sport
- e) di essere stato pienamente ed esaurientemente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili e infine sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la sua effettuazione o in conseguenza di esso e quindi autorizzo l'esecuzione degli accertamenti richiesti e in particolare della "prova da sforzo" di essere a conoscenza che tale test contiene intrinsecamente un margine di rischio per lo sviluppo d'ischemia coronaria e/o aritmie ipercinetiche; sono stato informato che durante l'esecuzione potrebbero insorgere disturbi quali dolore al petto, difficoltà della respirazione, palpitazione, senso di mancamento e che dovrò tempestivamente avvertire il personale medico e infermieristico nel caso in cui tali sintomi potessero manifestarsi. Tale test, in caso di rischio anche minimo, sarà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato.
- f) di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, e dichiara di non aver attuato comportamenti tale da rendere pericoloso tal esame quali, ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica dello stress
- g) mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool;
- h) Do il consenso a consegnare i risultati della visita al Presidente _____ della società _____
- i) di essere stato pienamente ed esaurientemente informato che nel caso che, su motivato sospetto clinico, il medico dello sport ha la necessità di prescrivere ulteriori accertamenti, in attesa dei risultati, l'atleta è da considerarsi *temporaneamente "SOSPESO" dall'attività sportiva, per cui non può partecipare nè ad allenamenti nè a gare. Alla fine della sospensione viene eseguita una nuova visita e si decide se prolungarla, dare l'idoneità o negarla.*
- j) di essere stato pienamente ed esaurientemente informato che qualora a seguito degli accertamenti sanitari l'atleta viene giudicato NON IDONEO alla pratica agonistica di un determinato sport NON PUO' ESSERE VISITATO da un altro medico dello sport prima che siano trascorsi 12 mesi dalla data della prima visita. L'atleta ha la possibilità di ricorrere ALLA COMMISSIONE MEDICA REGIONALE D'APPELLO entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione scritta della non idoneità. Il documento di richiesta per il ricorso è reperibile presso la segreteria.
- k) 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

DATA ____/____/____

FIRMA DICHIARANTE _____

(o per i minori dell'esercente la potestà genitoriale)