

## SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA (PRIMA VISITA)

NOME E COGNOME.....

DATA DI NASCITA E LUOGO.....

RESIDENTE A ..... IN VIA.....

PESO.....ALTEZZA.....

### MALATTIE RIGURDANTI 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.....	SI	NO
Morte improvvisa.....	SI	NO
Ipertensione arteriosa.....	SI	NO
Colesterolo alto o diabete.....	SI	NO
Ictus.....	SI	NO
Asma.....	SI	NO

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

Malattie al cuore.....	SI	NO
Aritmie (battiti irregolari).....	SI	NO
Ipertensione arteriosa.....	SI	NO
Colesterolo alto.....	SI	NO
Diabete.....	SI	NO
Asma.....	SI	NO
Malattie genetiche.....	SI	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.....	SI	NO
Svenimento.....	SI	NO
Cardiopalmò-tachicardia anomala.....	SI	NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco.....	SI	NO
Difficoltà respiratoria improvvisa anomala.....	SI	NO

**E' 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..... SI NO  
Distorsioni o lussazioni..... SI NO  
Strappi muscolari..... SI NO  
Dolori forti e prolungati alla schiena..... SI NO  
Traumi cranici..... SI 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?.....

E' mai stata/o sottoposto a interventi chirurgici?..... SI NO

Se sì, quali e quando?.....

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

Se sì, quando e per quale motivo?.....

E' 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 minorenne) 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