

VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA

DATI ANAGRAFICI

Cognome e nome: _____ Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Località: _____ Prov _____

Tel. fisso e/o cellulare: _____

Specificare il tipo di sport: _____

Società sportiva di appartenenza: _____

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 sì ☐ no ☐

morte improvvisa sì ☐ no ☐

altro sì ☐ 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

☐ NO

☐ OCCHIALI

☐ LENTI CONTATTO

DISTURBI VISIVI:
porta:

porta:

Naso, seni paranasali

Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

☐ Sì, attualmente

☐ NO

☐ IN PASSATO

Orecchie

Otiti, 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? SI, attualmente NO IN PASSATO
Sistema cardiocircolatorio Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro? SI, attualmente NO IN PASSATO
Apparato digerente Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro? SI, attualmente NO IN PASSATO
Apparato uro-genitale Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro? SI, attualmente NO IN PASSATO
Cute, apparato locomotorio Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro? SI, attualmente NO IN PASSATO
Metabolismo Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro? SI, attualmente NO IN PASSATO

Per persona di sesso FEMMINILE:

attualmente in gravidanza?

SI

NO

**Anomalie del ciclo mestruale?
atto?**

SI

NO

Mestruazioni in

SI

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?

SI

NO

SOSPESO

per esami supplementari/approfondimenti nell'anno _____ per motivi

CONSENSO INFORMATO E DICHIARAZIONE

Con la mia firma:

- dichiaro sotto la mia personale responsabilità e pena l'annullamento del certificato di idoneità, che le notizie fornite nel questionario riguardo le mie (del figlio) condizioni psico-fisiche e le affezioni precedenti sono complete e veritiere;
- mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente;
- dichiaro di acconsentire alla visita stessa (del figlio in caso di firma per minorenni) e ai relativi accertamenti secondo quanto previsto dal D.M. 18/2/82 nonché alle indagini non invasive che si riterranno necessarie;
- Dichiaro di acconsentire che i dati personali raccolti e l'esito della visita vengano comunicati, senza diagnosi clinica, all'Azienda Sanitaria di Bolzano e alla ripartizione Sanità dell'Assessorato alla Salute della Provincia Autonoma di Bolzano.

Leggendo quanto segue dichiaro inoltre di aver preso visione della procedura per l'acquisizione della certificazione richiesta:

- Raccolta campione urine
- Rilevamento misure antropometriche (altezza e peso)
- Assistenza di un genitore per i minori di età (se necessario)
- Raccolta anamnesi personale (propria storia sanitaria)
- Visita clinica del medico dello sport
- Esecuzione ECG di base
- Esame spirometrico
- Valutazione dell'acuità visiva
- Eventuali accertamenti integrativi (se previsti dal protocollo specifico)
- ECG da sforzo: Step Test per le visite in cui è richiesto dal protocollo o Test su cicloergometro a FC MAX in atleti master richiedenti secondo COCIS 2009, per atleti con più di 45 anni e in tutti i pazienti post-Covid.

Nel corso di tale prestazione potrebbero insorgere dolori al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, sincope. Tale prestazione avverrà sotto la stretta sorveglianza di personale medico.

Data: _____

Firma: _____
(per il minorenne è necessaria la firma del genitore)