



**ACCERTAMENTO IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT**

Cognome ..... Nome .....

Età ..... Sesso M  F  doc.identita' num. ....

Nato a ..... Prov. (.....) il ...../...../.....

Residente a ..... Prov. (.....)

Via.....n.....Tel. .... Mob.....

E-MAIL..... Professione:.....

Titolo scolastico.....Società o gruppo sportivo.....

C.F.....Sport per cui è richiesta l'idoneità agonistica.....

.....

Hai già fatto visite d'idoneità agonistica? SI  NO  Dove l'ultima volta?.....In che anno? ...

Ti è mai stata **negata** l'idoneità? SI  NO  Perché?.....

Hai mai fatto accertamenti ulteriori? SI  NO  Quali e in che anno?.....

**ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA**

Attività sportiva attuale.....dall'età di anni.....

Sport praticati in passato ..... per anni.....

Numero allenamenti alla settimana.....ore complessive/settimana .....

Impegno fisico:		<b>Hai mai provato?</b>	<b>A RIPOSO</b>	<b>DURANTE SFORZO</b>
Notevolissimo	<input type="checkbox"/>	Mancanza di respiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notevole	<input type="checkbox"/>	Palpitazioni/Battito irregolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio	<input type="checkbox"/>	Dolori/Costrizione al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leggero	<input type="checkbox"/>	Svenimenti/Vertigini/Capogiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fatica sproporzionata a sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANAMNESI FAMILIARE (malattie presenti nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni)**

1. malattie di cuore  chi?.....  
quali?.....

2. pressione alta  chi?.....

3. ictus  chi?.....

4. colesterolo alto  chi?.....

5. malattie renali  chi?.....

6. diabete  chi?.....

7. asma  chi?.....

8. allergie  chi?.....

9. malattie di fegato  chi?.....

10.altro  chi?.....

11.Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età (<50) in famiglia?

Chi? .....

12.Malattie a carattere genetico-ereditario? Specificare chi e quali malattie.....



# ZUDECCHE

poliambulatorio

Direttore Sanitario Dott. Augusto Grube

34131 TRIESTE  
Via delle Zudecche 1

Tel. 040-3478783  
Fax 040-3479084

## ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (malattie presenti o passate che hai avuto)

varicella	<input type="checkbox"/>	pertosse	<input type="checkbox"/>	mononucleosi	<input type="checkbox"/>
rosolia	<input type="checkbox"/>	morbillo	<input type="checkbox"/>	otiti/sinusiti/tonsilliti frequenti	<input type="checkbox"/>
parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/>	scarlattina	<input type="checkbox"/>	polmoniti	<input type="checkbox"/>
malattia reumatica	<input type="checkbox"/>	meningite	<input type="checkbox"/>	scoliosi	<input type="checkbox"/>

anemia	<input type="checkbox"/>	malattie intestinali	<input type="checkbox"/>	deficit visivi ( <b>usi lenti?</b> )	<input type="checkbox"/>
allergie	<input type="checkbox"/>	quali?.....	miope <input type="checkbox"/> astigmatico <input type="checkbox"/> ipermetrope <input type="checkbox"/>		
		..... Gradazione? OD..... OS.....			

malattie di cuore	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
-------------------	--------------------------	--------------	--	--	--

malattie polmonari	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
--------------------	--------------------------	--------------	--	--	--

malattie renali	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
-----------------	--------------------------	--------------	--	--	--

altro	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
-------	--------------------------	--------------	--	--	--

interventi chirurgici	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
-----------------------	--------------------------	--------------	--	--	--

in che anno?.....

infortuni gravi	<input type="checkbox"/>	quali? .....			
-----------------	--------------------------	--------------	--	--	--

(fratture/strappi/gravi distorsioni/lussazioni).....

.....in che anno? .....

traumi cranici	<input type="checkbox"/>	quali?.....	in che anno? .....		
----------------	--------------------------	-------------	--------------------	--	--

ricoveri in ospedale	<input type="checkbox"/>	perché? .....			
----------------------	--------------------------	---------------	--	--	--

.....in che anno? .....

Usi farmaci <b>abitualmente?</b>	<input type="checkbox"/>	quali? .....	Dose.....		
----------------------------------	--------------------------	--------------	-----------	--	--

..... Dose.....

Fumi?	<input type="checkbox"/>	quante sigarette al giorno?.....	da quanti anni?.....		
-------	--------------------------	----------------------------------	----------------------	--	--

Bevi alcolici?	<input type="checkbox"/>	di che tipo? .....	quanti bicchieri al giorno? .....		
----------------	--------------------------	--------------------	-----------------------------------	--	--

Bevi caffè?	<input type="checkbox"/>	quante tazzine al giorno?.....	Gravidanze <input type="checkbox"/>	quante?.....	
-------------	--------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--------------	--

Eta' della prima mestruazione..... data d'inizio dell'ultima mestruazione .....

Vaccinazione antitetanica	<input type="checkbox"/>	anno dell'ultimo richiamo: .....			
---------------------------	--------------------------	----------------------------------	--	--	--

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto né di aver assunto comportamenti tali da rendere pericoloso l'esame come ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di modificare la normale risposta fisiologica allo stress; dichiara inoltre di non aver **mai** ricevuto giudizio di **Non idoneità** alla pratica sportiva agonistica.

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.

Informato sulla modalità di esecuzione acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18.02.82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico, consapevole che il mancato rispetto delle eventuali prescrizioni del Medico dello Sport invaliderà il giudizio d'idoneità rilasciatomi.

Sono informato che in caso di giudizio di **NON IDONEITA'** sarà trasmessa comunicazione alla Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale e alla mia società sportiva di appartenenza e ne do consenso

Data, ..... Firma dell'atleta.....

(Firma del genitore/tutore legale/delegato se l'atleta è **minorenne**).....

**Importante:** portare fotocopie di tutti i referti medici riguardanti l'atleta, in particolare di natura cardiologica.

NB: Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non mangiare abbondantemente e Arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.