



SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT DELLA ULSS2 MARCA TREVIGIANA - DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO

SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA

a cura dell'atleta (se maggiorenne) o del genitore del minore

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____

Doc. identità _____ Codice Fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

Sport per cui è richiesta la visita _____ anni di attività sportiva _____

Società sportiva di appartenenza _____

Svolge regolarmente altri sport? SI' NO Quali _____

Si sta allenando regolarmente? SI' NO Per quante ore alla settimana? _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (specificare se genitore, fratello, sorella, nonno, nonna ecc...)

Cardiomiopatia	SI' NO		Malattia valvole cardiache	SI' NO	
Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Aritmia	SI' NO	
Morte improvvisa	SI' NO		Diabete	SI' NO	
Dislipidemia	SI' NO		Asma	SI' NO	
Ictus	SI' NO		Tumori	SI' NO	
Iperensione	SI' NO		Altro	SI' NO	

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Cardiomiopatia	SI' NO	
Malformazione congenita	SI' NO		Malformazione valvolare	SI' NO	
Miocardite/Pericardite	SI' NO		Aritmia/extrasistoli	SI' NO	
Iperensione arteriosa	SI' NO		Arteriopatia	SI' NO	
Insufficienza venosa/varici	SI' NO		Altro	SI' NO	

Morbillo	SI' NO	Pleurite	SI' NO	Tiroiditi	SI' NO
Varicella	SI' NO	Polmonite	SI' NO	Malattie di stomaco	SI' NO
Rosolia	SI' NO	Sinusite	SI' NO	Malattie di reni	SI' NO
Scarlattina	SI' NO	Fibrosi cistica	SI' NO	Malattie di intestino	SI' NO
Parotite	SI' NO	Febbre reumatica	SI' NO	Malattia celiaca	SI' NO
Pertosse	SI' NO	Allergie	SI' NO	Svenimento	SI' NO
Epatite virale	SI' NO	Asma	SI' NO	Epilessia	SI' NO
Mononucleosi	SI' NO	Eczema	SI' NO	Sclerosi multipla	SI' NO
Tonsillite	SI' NO	Anemia	SI' NO	Traumi oculari	SI' NO
Otite	SI' NO	Diabete	SI' NO	Patologie oculari	SI' NO
TBC	SI' NO	Dislipidemia	SI' NO	Ipoacusia / Sordità	SI' NO

Trauma cranico	SI' NO	Contratture muscolari	SI' NO	Rialzo al piede	SI' NO
Fratture	SI' NO	Scoliosi	SI' NO	Plantare	SI' NO
Distorsioni articolari	SI' NO	Dorso curvo	SI' NO	Scarpe ortopediche	SI' NO
Lussazione anca	SI' NO	Scapole alate	SI' NO	Protesi	SI' NO
Lussazioni articolari	SI' NO	Piede piatto	SI' NO	Altro	SI' NO
Stiramenti muscolari	SI' NO	Busti correttivi	SI' NO		
Strappi muscolari	SI' NO	Ginnastica correttiva	SI' NO		

E' portatore di occhiali e/o lenti a contatto?	SI' NO		
Miopia <input type="checkbox"/>	Astigmatismo <input type="checkbox"/>	Ipermetropia <input type="checkbox"/>	Altro

--- SOLO PER ATLETA FEMMINA

Età prima mestruazione _____	Data ultima mestruazione ___/___/___	Il ciclo è regolare? SI' NO
------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI' NO	a _____ anni	Adenoidi	SI' NO	a _____ anni
Ernia	SI' NO	a _____ anni	Appendice	SI' NO	a _____ anni

ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI: SI' NO

Quali? _____

Quando? _____

per quanto tempo ha sospeso l'attività? _____

ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE O PRENDENDO FARMACI? SI' NO

Quali? _____

Per quale motivo? _____

ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI:**ALTRE NOTIZIE PARTICOLARI****ANAMNESI CARDIOLOGICA**

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico?	SI'	NO
Ha mai avuto la sensazione di battito cardiaco mancante?	SI'	NO
Quando compie uno sforzo fisico (gara, scale): accusa o ha accusato mancanza di respiro?	SI'	NO
senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace?	SI'	NO
Ha mai accusato episodi di improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità?	SI'	NO
È mai stato sospeso dall'attività sportiva in precedenti visite per motivi cardiologici?	SI'	NO
È mai stato sottoposto ad ulteriori accertamenti cardiologici? Quali? _____	SI'	NO

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 20/06/1986.

In passato è mai stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica? _____ SI' NO

A seguito dell'ultima visita sportiva, eseguita nell'anno _____ presso _____

è stato dichiarato **IDONEO** **NON IDONEO** per quali i motivi _____**SOSPESO** per quanto tempo _____ per quali motivi? _____**CONSENSO INFORMATO.**

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità agonistica, compreso il test da sforzo (test ergometrico, test al gradino).

Luogo, data _____

FIRMA_____
dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitori per i minorenni**DICHIARAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI EX ART. 23 DEL D.LGS 196/2003**

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del Codice.

Dichiara inoltre di accettare le comunicazioni via SMS relative alla visita in oggetto.

Luogo, data _____

FIRMA_____
dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitori per i minorenni

INFORMATIVA VISITA MEDICA DI IDONEITÀ SPORTIVA AGONISTICA LEA

- Ai fini dell'esenzione dal pagamento della prestazione, gli atleti minorenni e i soggetti diversamente abili devono presentare la richiesta di visita da parte del presidente della società sportiva di appartenenza.
- Gli atleti di età inferiore ai 18 anni dovranno essere accompagnati da un genitore o da persona adulta munita di delega (si veda l'apposito modulo allegato).

IL GIORNO DELL'APPUNTAMENTO:

- **L'atleta deve presentarsi presso i locali dell'Istituto di Medicina dello Sport e dell'Attività Motoria di Vittorio Veneto in Via L. De Nadai n. 4, telefono 0438/55.62.05, fax 0438/94.37.01.**
- Dotarsi di abbigliamento idoneo (pantaloncini corti, scarpe ginniche, top o canottiera per le atlete).
- Si consiglia una alimentazione leggera, evitare caffè, alcol, tabacco e sforzi fisici particolarmente intensi nelle ore precedenti la visita.
- Per ragioni organizzative si raccomanda di arrivare almeno 15 minuti prima dell'orario dell'appuntamento.

DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE

Se impossibilitato a presentarsi all'appuntamento, l'atleta deve dare disdetta almeno 72 ore prima della data fissata, salvo casi di forza maggiore.

In caso di mancata disdetta, l'utente è tenuto al pagamento dell'intero costo della prestazione, anche se esente.

Per i casi di forza maggiore, è necessario produrre adeguata documentazione giustificativa (es.: il certificato medico, ricovero ospedaliero, ecc).

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA PORTARE:

- richiesta di visita agonistica da parte del Presidente della Società Sportiva di appartenenza,
- tessera sanitaria e codice fiscale,
- documento di riconoscimento valido,
- scheda anamnesi COMPILATA e FIRMATA da uno dei genitori o da chi ne esercita la patria potestà,
- provetta con l'urina raccolta al mattino e conservata in frigorifero,
- eventuale terapia farmacologica e documentazione sanitaria relativa ad accertamenti precedenti (es. di laboratorio, radiografie, esiti di visite specialistiche, lettere di dimissioni ospedaliere, ecc.).

RITIRO CERTIFICATO DI IDONEITA'

Il certificato di idoneità può essere ritirato dall'utente o dalla società sportiva, previo appuntamento, presso la Segreteria nei seguenti orari: venerdì mattina (dalle ore 09.30 alle ore 12.30) e il martedì pomeriggio (dalle ore 15.00 alle ore 17.30).

MANCATO RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'

In caso di mancato ritiro del certificato di idoneità entro 30 giorni dalla data di refertazione, l'utente è tenuto al pagamento dell'intero costo della prestazione, come da tariffario regionale, anche se esente, come previsto dalla normativa vigente (Legge n. 412/91)

CONTATTI DELL'ISTITUTO

Lo sportello telefonico della Segreteria risponde dal lunedì al venerdì dalle ore 09.30 alle 11.30 e il martedì e mercoledì dalle 15.30 alle 17.00.

Per appuntamenti e disdette verranno prese in considerazione unicamente le mail inviate a:

appuntamenti@istitutodimedicinadellosport.it