

ANAMNESI VISITA MEDICO SPORTIVA

Dichiarazione dell'Atleta, se maggiorenne, o dei genitori, per i minori di 18 anni (pag 1 e 2).

Se compilato da genitore barrare

Cognome e Nome _____ Nato a _____ il _____

Specificare lo sport per cui si richiede l'idoneità agonistica:

Per rispondere SI barrare la casella , per rispondere NO lasciare in bianco la casella

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Indicare nelle caselle se – genitori, nonni, fratelli, sorelle – sono stati affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di cuore <input type="checkbox"/>	Iperensione <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/>	Tumori <input type="checkbox"/>
Asma, Mal. Allergiche <input type="checkbox"/>	Obesità <input type="checkbox"/>	Paralisi <input type="checkbox"/>	morte cardiaca improvvisa <input type="checkbox"/>

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Per rispondere SI barrare la casella , per rispondere NO lasciare in bianco la casella

Vaccini o malattie infantili <input type="checkbox"/>	Otite/ Sinusite <input type="checkbox"/>	Malattie di Reni <input type="checkbox"/>
Varicella <input type="checkbox"/>	Bronchiti <input type="checkbox"/>	Malattie Intestino <input type="checkbox"/>
Parotite (orecchioni) <input type="checkbox"/>	Polmonite <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>
Pertosse (tosse canina) <input type="checkbox"/>	Tonsillite <input type="checkbox"/>	Allergia <input type="checkbox"/>
Scarlattina <input type="checkbox"/>	Febbre Reumatica <input type="checkbox"/>	Svenimento-Vertigini <input type="checkbox"/>
Epatite Virale <input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>	Epilessia <input type="checkbox"/>
Mononucleosi <input type="checkbox"/>	Malattie di Cuore <input type="checkbox"/>	Scoliosi <input type="checkbox"/>
Ipercolesterolemia <input type="checkbox"/>	Palpitazioni <input type="checkbox"/>	Trauma Sportivi <input type="checkbox"/>
Iperensione <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/>	Fratture <input type="checkbox"/>
Ipertrigliceridemia <input type="checkbox"/>	Disturbi mestruali <input type="checkbox"/>	Trauma Cranico <input type="checkbox"/>

RICOVERI PER INTERVENTI CHIRURGICI – A CHE Età?

Tonsille <input type="checkbox"/>	Adenoidi <input type="checkbox"/>	Ernia Inguine <input type="checkbox"/>	Ernia disco <input type="checkbox"/>	Appendicite <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
Età ____	Età ____	Età ____	Età ____	Età ____	Età ____

Notizie particolari (tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopra indicate: _____

Sta assumendo farmaci? Quali e per quale motivo? _____

Fuma? _____ Distingue bene tutti i colori? Usa occhiali o lenti corneali?

Miopia Ipermetropia Astigmatismo Strabismo Presbiopia Altro

Segue →

Io sottoscritto, come riportato in frontespizio (pag.1) dichiaro di aver informato esattamente il MEDICO circa le attuali condizioni psicofisiche, le patologie pregresse, gli esiti delle precedenti visite medico-sportive di legge con particolare riferimento a precedenti **NON IDONEITA'**, e mi impegno inoltre a non fare uso di sostanze dopanti e droghe riconosciute illegali. Prendo atto, inoltre, dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso dell'alcol.

Piumazzo, li _____ **FIRMA(atleta/genitore)** _____

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'Art.76 D.P.R.N.445/2000 e succ.mod.

.....

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto, come riportato in frontespizio (pag.1) al fine di sottopormi agli accertamenti per la certificazione d'idoneità alla pratica sportiva agonistica (o non agonistica) dello sport come riportato in frontespizio (pag.1);

DICHIARO di essere pienamente ed esaurientemente informato:

1. Che verranno eseguite misurazioni antropometriche, spirometria e un test da sforzo in telemetria per la valutazione dell'apparato cardiovascolare utilizzando lo step o il tappeto rotante o il cicloergometro;
2. Che prima e durante/dopo l'esecuzione del test verrà effettuato un E.C.G. a 12 derivazioni, fino a recupero completo;
3. Che prima e durante/dopo l'esecuzione del test verrà effettuata la misurazione della pressione arteriosa;
4. Che durante l'esecuzione del test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi insiti nel test ed esso, che dietro esplicita richiesta, verrà sospeso;
5. Che il test sopradetto, come ogni altro test da sforzo, è potenzialmente rischioso, potendo essere seguito da disturbi (malessere, debolezza, crampi alle gambe, dolore toracico) ed in rarissimi casi da morte improvvisa;

di aver chiaramente compreso tali informazioni e di aver ricevuto adeguate spiegazioni ove richieste, **PERTANTO (NOTA** nel caso di soggetto minorenne il firmatario, esercente la responsabilità genitoriale, dichiara di essere in accordo con l'altro esercente la responsabilità genitoriale)

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Piumazzo, li _____ firma _____

Firma del medico che somministra il consenso _____

Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'Art.76 D.P.R.N.445/2000 e succ.mod.