

# CARTELLA SANITARIA

## MEDICINA DELLO SPORT

### ANAMNESI

(da compilarsi a cura dell'utente)

DATA \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  M  F

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Documento d'identità \_\_\_\_\_

Sport per cui è richiesta la visita di idoneità \_\_\_\_\_

Società Sportiva \_\_\_\_\_

Ha già fatto visite di idoneità? No \_\_\_ Sì \_\_\_ Dove l'ultima volta? \_\_\_\_\_ In che anno? \_\_\_\_\_

E' mai stata negata l'idoneità? No \_\_\_ Sì \_\_\_ Perché? \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FAMILIARE

Tra i familiari c'è qualcuno che ha sofferto di queste malattie?

Malattie di cuore	No	Sì	Chi?	Allergie	No	Sì	Chi?
Pressione alta	No	Sì	Chi?	Asma	No	Sì	Chi?
Malattie di reni	No	Sì	Chi?	Diabete	No	Sì	Chi?
Malattie di fegato	No	Sì	Chi?	Colesterolo alto	No	Sì	Chi?

Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età in famiglia? No \_\_\_ Sì \_\_\_ Chi? \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FISIOLGICA

Le Sue abitudini di vita:

Dieta libera e varia NO SI Controllata per \_\_\_\_\_  
Digestione regolare NO SI  
Alvo regolare NO SI  
Sonno regolare NO SI  
Fumo NO SI quanto \_\_\_\_\_ da quanto tempo \_\_\_\_\_  
Caffè NO SI n° \_\_\_\_\_  
Alcolici NO SI (Vino \_\_\_ Birra \_\_\_ Superalcolici \_\_\_)

Menarca anni \_\_\_ (ultimo ciclo \_\_\_) Ciclo regolare SI NO Gravidanze SI NO n° \_\_\_\_\_

Assume abitualmente farmaci? No \_\_\_ Sì \_\_\_ Quali? \_\_\_\_\_

Da quanto tempo \_\_\_\_\_ Perché? \_\_\_\_\_

Porta occhiali o lenti a contatto? No \_\_\_ Sì \_\_\_ per \_\_\_\_\_ Gradazione: O.Dx. \_\_\_ O.Sx. \_\_\_

Vaccinazione Antitetanica No \_\_\_ Sì \_\_\_ (ultimo richiamo \_\_\_\_\_)

Professione \_\_\_\_\_

## ANAMNESI PATOLOGICA

Ha mai avuto:

Otiti	NO	SI	Asma	NO	SI	Epilessia	NO	SI	Malattie di cuore	NO	SI
Sinusiti	NO	SI	Allergie	NO	SI	Svenimenti	NO	SI	Pressione alta	NO	SI
Tonsilliti	NO	SI	Anemia	NO	SI	Vertigini	NO	SI	Palpitazioni	NO	SI
Polmoniti	NO	SI	Malattie dei reni	NO	SI	Diabete	NO	SI	Soffio cardiaco	NO	SI
Pleuriti	NO	SI	Epatite	NO	SI	Colesterolo alto	NO	SI			

Altre malattie \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici (tipo e anno) \_\_\_\_\_

Ricoveri in ospedale NO SI Perché \_\_\_\_\_

Infortuni e traumi (tipo e anno) \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

## ANAMNESI SPORTIVA

Attività sportive attualmente praticate \_\_\_\_\_

Da quanto tempo \_\_\_\_\_

Quante volte a settimana \_\_\_\_\_

Totale ore settimanali \_\_\_\_\_

Altri sport praticati in passato \_\_\_\_\_

Quali \_\_\_\_\_

Per quanto tempo \_\_\_\_\_

Durante attività sportiva ha mai accusato:

Dolori al petto	NO	SI	Grande stanchezza	NO	SI
Palpitazioni	NO	SI	Dolori alle articolazioni	NO	SI
Svenimenti	NO	SI			

Altri disturbi \_\_\_\_\_

Io sottoscritto dichiaro di aver correttamente informato il medico delle mie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto; dichiaro inoltre di non aver ricevuto in altra sede giudizio di Non Idoneità alla pratica sportiva. 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. Con la presente do il consenso all'effettuazione della visita medica, compresa la prova da sforzo, ed alla consegna del Certificato di Idoneità' o di Non Idoneità' alla società sportiva.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta \_\_\_\_\_

Per i Minori, firma dei genitori \_\_\_\_\_

**RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITA' ALLO SPORT  
AGONISTICO - NON AGONISTICO**

**I'ATLETA:**

COGNOME..... NOME.....  
Nato a ..... il .....  
Residente in ..... C.A.P. ....  
Via ..... N° .....  
Codice Fiscale ..... Telefono .....

**CHIEDE Visita Medico Sportiva per IDONEITA' SPORTIVA ALLA PRATICA  
AGONISTICA  - NON AGONISTICA   
(barrare la casella d'interesse)**

**PER LO SPORT**

.....

Data e firma

.....

---

**AUTODICHIARAZIONE** Decreto n. 196/03 T.V. 2004

Il sottoscritto ..... esercente la potestà  
genitoriale sul minore ..... dà il  
consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

Firma, **per i minori**, dell'esercente la potestà genitoriale

Data.....

Firma .....

Grado parentela .....

## CONSENSO INFORMATO IDONEITA' ATTIVITA' AGONISTICA

Io sottoscritto

dichiaro di voler essere sottoposto agli accertamenti previsti dal D.M. 18. 02. 1982 al fine di certificare la mia idoneità alla pratica agonistica sportiva; di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

Dichiaro di essere stato informato che

per atleti sotto i 35 anni d'età, è prevista l'effettuazione dello STEP TEST, consistente nel salire e scendere su di uno sgabello di altezza variabile in base al sesso ed all'età; verrà eseguito un elettrocardiogramma a riposo e dopo lo sforzo.

Gli atleti di età superiore ai 35 o 40 anni (secondo le disposizioni delle singole federazioni) verranno sottoposti a test ergometrici massimali ( al cicloergometro od al treadmill) con registrazione elettrocardiografica costante e rilevazione della pressione arteriosa ogni 2 (due) minuti.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che

- durante l'esecuzione del test si metteranno in atto le precauzioni necessarie a ridurre al minimo i rischi intrinseci della prova e che esso verrà sospeso dietro mia esplicita richiesta.
- Che il test suddetto 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 (2-3 su 10.000) da morte improvvisa.
- Che per ogni eventuale informazione, inerente gli esami da eseguire per la pratica di un determinato sport, posso consultare il prospetto informativo che si trova affisso alla bacheca posta in atrio nelle vicinanze della Carta Servizi dell'azienda e/o rivolgermi al Medico dello sport

Autorizzo i Sanitari del settore Medicina dello Sport del Centro Medico By Salus S.r.l. all' archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità e alla loro comunicazione ai seguenti soggetti:

- Senza diagnosi clinica alla Società Sportiva.
- In chiaro, alla U.O. Prevenzione della Direzione Generale Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia per gli adempimenti previsti.

Data.....

Firma.....

(firma leggibile dell'interessato/a  
o del tutore se minore)