



**MEDICA PORTO VIRO**

POLIAMBULATORIO - POLISPECIALISTICO  
Dir. San. Dott.ssa Cristina Rogato Spec. Chirurgia plastica, autorizzazione reg. n. 0593

ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE N. B/299

Nr. archivio: \_\_\_\_\_ (uso interno)

Data della visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA**  **AGONISTICA** O  **NON AGONISTICA**

**DATI RELATIVI ALL'ATLETA:**

SOCIETA' SPORTIVA: \_\_\_\_\_ SPORT: \_\_\_\_\_  
COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
NATO/A IL: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
NR. DOCUMENTO D'IDENTITA' (CARTA IDENTITA'/PATENTE/PASSAPORTO): \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A: \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_ VIA: \_\_\_\_\_ N.CIVICO: \_\_\_\_\_  
MEDICO DI BASE: DOTT. \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: COMPILARE IL QUESTIONANDO BARRANDO SUL SI O SUL NO SU CIASCUN CAMPO.**

**MALATTIE RIGUARDANTI I FAMIGLIARI STRETTI DELL'ATLETA (QUINDI GENITORI, FRATELLI, NONNI):**

IPERTENSIONE (PRESSIONE ALTA): **SI NO**  
MORTE IMPROVVISA (ES: INFARTO): **SI NO** - Se si specificare cosa e la parentela: \_\_\_\_\_  
PATOLOGIE CARDIACHE: **SI NO** - Se si specificare cosa e la parentela: \_\_\_\_\_  
ALTRO DA DICHIARARE PER I FAMIGLIARI: \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA:**

TRAUMI/INFORTUNI DI SERIA ENTITA': **SI NO** - Se si specificare cosa: \_\_\_\_\_  
**ASMA:** **SI NO** - Se si specificare farmaci usati: \_\_\_\_\_  
ALLERGIE: **SI NO** - Se si specificare quali: \_\_\_\_\_  
**DIABETE:** **SI NO** - Se si specificare il tipo di diabete e si prega di far avere il prima possibile la copia dell'ultima visita diabetologica: \_\_\_\_\_  
EPILESSIA: **SI NO** - Se si specificare: \_\_\_\_\_  
SVENIMENTI: **SI NO** - Se noto, specificarne il motivo: \_\_\_\_\_  
PATOLOGIE CARDIACHE: **SI NO** - Se si specificare quali: \_\_\_\_\_  
IPERTENSIONE (PRESSIONE ALTA): **SI NO** - Se si specificare quali farmaci assume: \_\_\_\_\_  
ASSUME ALTRI FARMACI?: **SI NO** - Se si specificare quali e perchè: \_\_\_\_\_  
INTERVENTI CHIRURGICI: **SI NO** - Se si specificare quali: \_\_\_\_\_  
**VACCINAZIONE ANTITETANICA** (Per la certificazione **agonistica** è obbligatorio essere coperti da tale vaccino; tutti i bambini sottoposti alle vaccinazioni obbligatorie sono coperti dall'antitetanica): **SI NO**  
USA OCCHIALI O LENTI A CONTATTO: **SI NO**  
FUMATORE: **SI NO** - Se si specificare la quantità o se fuma solo occasionalmente: \_\_\_\_\_  
BEVE ALCOLICI: **SI NO** - Se si specificare se ne fa uso spesso o occasionalmente: \_\_\_\_\_  
E' LA PRIMA VISITA MEDICO SPORTIVA DELLA SUA VITA?: **SI NO**  
E' LA PRIMA VISITA MEDICO SPORTIVA PRESSO IL NOSTRO POLIAMBULATORIO?: **SI NO**  
HA ESEGUITO ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI DI APPROFONDIMENTO A SEGUITO DELLE PRECEDENTI VISITE SPORTIVE? (ES.: ECOGRAFIA AL CUORE, ECG HOLTER 24 H, CORONAROGRAFIA, RISONANZA CARDIACA, ECC...): **SI NO** - Se si specificare quando e quali (e fornire alla struttura la copia dei referti il prima possibile): \_\_\_\_\_  
ALTRE PATOLOGIE DA DICHIARARE: \_\_\_\_\_

**SOLO SESSO FEMMINILE:**

ETA' DELLA PRIMA MESTRUAZIONE: \_\_\_\_\_ PERIODO ULTIMA MESTRUAZIONE: \_\_\_\_\_  
IL CICLO MESTRUALE E' REGOLARE? **SI NO** ASSUME ANTICONCEZIONALI (ES.: PILLOLA)?: **SI NO**

Io sottoscritto/a (oppure il genitore/accompagnatore se l'atleta è minorenne) dichiaro di confermare l'anamnesi e di non fare uso di droghe ritenute illegali. Dichiaro inoltre di non essere stato giudicato non idoneo alla visita medico sportiva agonistica nell'arco dell'anno, nella regione e/o nell'ulss di residenza. Motivo dell'eventuale non idoneità: \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta (o del genitore/accompagnatore se l'atleta è minorenne): \_\_\_\_\_



## PARTE RISERVATA AL MEDICO VISITATORE: ESAME OBIETTIVO

TROFISMO: \_\_\_\_\_ PESO IN KG \_\_\_\_\_ STATURA IN CM \_\_\_\_\_

APPARATO LOCOMOTORE: \_\_\_\_\_

APPARATO RESPIRATORIO: \_\_\_\_\_

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO: \_\_\_\_\_

P.A. RIPOSO: \_\_\_\_\_

ADDOME E ORGANI GENITALI: \_\_\_\_\_ ARTI: \_\_\_\_\_

ACUITA' VISIVA: NATURALE OD \_\_\_\_\_/10 OS \_\_\_\_\_/10 SENSO CROMATICO: \_\_\_\_\_  
CORRETTA OD \_\_\_\_\_/10 OS \_\_\_\_\_/10

UDITO: \_\_\_\_\_

SPIROMETRIA: PEF \_\_\_\_\_ FVC \_\_\_\_\_ FV1 \_\_\_\_\_  NORMALE  ANOMALA

ESAME URINE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO VISITATORE: \_\_\_\_\_

## PARTE RISERVATA AL CARDIOLOGO: REFERTAZIONE ELETTROCARDIOGRAMMA

ELETTROCARDIOGRAMMA A RIPOSO: FREQ. MAX \_\_\_\_\_

REFERTO: \_\_\_\_\_

ELETTROCARDIOGRAMMA DOPO LO SFORZO: FREQ. MAX \_\_\_\_\_

REFERTO: \_\_\_\_\_

EVENTUALI ACCERTAMENTI RICHIESTI:

ECOCARDIOGRAMMA COLOR DOPPLER

ECG 24h SEC. HOLTER

HOLTER PRESSORIO

PROVA DA SFORZO CON PROT. CARDIOLOGICO

ALTRO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CARDIOLOGO: \_\_\_\_\_

## ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI IN BASE ALLO SPORT PRATICATO:

ESAME NEUROLOGICO

ELETTROENCEFALOGRAMMA

ESAME OTORINOLARINGOIATRICO

AUDIOMETRIA

ESAME OCULISTICO CON FONDO DELL'OCCHIO

CAMPO VISIVO

ALTRO: \_\_\_\_\_

## PARTE RISERVATA AL MEDICO DELLO SPORT: GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'ATLETA, ALL'ATTO DELLA VISITA, NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI CLINICHE PREGRESSE O IN ATTO ALLA PRATICA

SPORTIVA  AGONISTICA /  NON AGONISTICA DELLO SPORT: \_\_\_\_\_

IDONEO /  NON IDONEO PER IL PERIODO: \_\_\_\_\_

PORTO VIRO, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ FIRMA DEL MEDICO DELLO SPORT: \_\_\_\_\_