MEDICA PORTO VIRO
POLIAMBULATORIO - POLISPECIALISTICO
Dir. San. Dott. Carlo Giamboni Medico Chirurgo Aut. n. 111

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***

DATI RELATIVI ALL'ATLETA:

SOCIETÀ SPORTIVA: _____ SPORT: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO A: _____ IL: _____

NR. DOCUMENTO D'IDENTITA' (CARTA IDENTITA'/PATENTE/PASSAPORTO): _____

RESIDENTE A: _____ PROV: _____ VIA: _____ N. CIVICO: _____

MEDICO DI BASE: DOTT._____

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**
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 FARMACI?: **SI** **NO** **– Se si specificare quali e perché:**_____
INTERVENTI CHIRURGICI: **SI** **NO** **– Se si specificare quali**: _____
VACCINAZIONE ANTITETANICA (Si rammenta che per la certificazione agonistica è obbligatorio essere coperti da tale vaccino): **SI** **NO** **– Periodo ultimo richiamo**: _____
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: ETÀ DELLA PRIMA MESTRUAZIONE: _____ PERIODO ULTIMA MESTRUAZIONE:_____
IL CICLO MESTRUALE È REGOLARE? **SI** **NO** ASSUME ANTICONCEZIONALI (ES.: PILLOLA/ANELLO)?: **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): _____

MEDICA PORTO VIRO
POLIAMBULATORIO - POLISPECIALISTICO
Dir. San. Dott. Carlo Giamboni Medico Chirurgo Aut. n. 111

ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE N. B/299

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 COLORDOPPLER

☐ ECG 24h SEC. HOLTER

☐ HOLTER PRESSORIO

☐ PROVA DA SFORZO CON PROT. CARDIOLOGICO

ALTRO:_____

FIRMA DELMEDICO:_____

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*:_____