



## VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA (D. M. S. 18.2.1982) NON AGONISTICA

Data:

Accettazione:

Protocollo:

### ATLETA

Cognome e Nome: ..... Codice Fiscale .....  M  F

Luogo di Nascita: ..... Data di Nascita: ..... / ..... / .....

Residenza: ..... Tel.: .....

Documento Identità: ..... N.: .....

SOCIETÀ SPORTIVA Ragione Sociale: .....

Codice Federale: .....

Affiliata a: .....  Federazione Sportiva Nazionale  Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto del C.O.N.I.

### SPORT

Tipo di Sport: ..... Categoria: .....

Tipo di Certificato:  Prima affiliazione  Rinnovo  Altro: .....

Certificato di Idoneità Precedente il Rilascio, il ..... / ..... / .....

### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ E CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto ....., consapevole che all'atto della raccolta dei dati personali ed anamnestici, le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

#### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ, PENA LA REVOCA DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ:

- che le notizie clinico-anamnestiche fornite in sede di visita medico-sportiva sono complete e veritiere;
- di essere informato sulla tipologia e sul significato degli accertamenti sanitari cui viene sottoposto ex D. M. Sanità 18.2.1982, ss.mm.ii e/o che si renderanno necessari per la definizione del giudizio di idoneità e di esprimere il proprio libero consenso all'esecuzione degli stessi;
- di essere informato sul significato del giudizio di idoneità alla pratica sportiva agonistica;
- di prendere visione dei dati personali e sensibili riportati nei documenti amministrativi e sanitari cartacei o elettronici compilati dal personale addetto;
- di esprimere il proprio libero consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili secondo il D.Lgs. n° 196 del 30.6.2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali).
- di NON ESSERE stato sottoposto a precedenti visite medico-sportive di legge;
- di ESSERE stato sottoposto a precedenti visite medico-sportive di legge con il seguente risultato:
  - SEMPRE DICHIARATO IDONEO alla pratica sportiva agonistica;
  - DICHIARATO NON IDONEO (\*) alla pratica sportiva agonistica nell'anno ..... da .....  
per i seguenti motivi: .....

(\*) in caso di NON IDONEITÀ la certificazione dev'essere rilasciata dalla medesima Struttura che l'abbia emessa oppure da altra Struttura che attesti la cessazione della causa di inidoneità.

**Firma dell'Atleta****Firma del Tutore Legale**

## ANAMNESI FAMILIARE

Genitori:  in vita  riferiti sani

Cardiopatìa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
Diabete	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
Neoplasie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
Iperensione Arteriosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
Asma Bronchiale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: <input type="checkbox"/> estrinseco <input type="checkbox"/> intrinseco .....

Altro: .....

## ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA Ricoveri, malattie gravi ed interventi chirurgici riferiti dall'atleta

L'atleta non riferisce alcun ricovero, malattia grave od intervento chirurgico

Appendicectomia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
Adeno-tonsillectomia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
Ernia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
<b>Traumi sportivi:</b>	
Fratture	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
Distorsioni gravi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....
Strappi gravi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: .....

Altro: .....

## ANAMNESI FISIOLGICA

**Professione:** .....

Esposto a rischi professionali:  No  Sì: ..... da anni: .....

**Invalità:**  No  Sì: .....

**Fumo:**  No  Sì: da anni: ..... n. sigarette/die: .....  Ex Fumatore da anni: .....

**Potus:**  No  Saltuario  Sì: quantità/die: .....

**Occhiali:**  No  Sì **Lenti a Contatto:**  No  Sì **Rialzo al Piede:**  No  Sì

**Allergie:**  No  Sì: .....

**Farmaci in uso, terapie in atto:**  No  Sì: .....

**Per le Atlete: Gravidanza in atto:**  No  Sì ..... **Menarca ad anni:** ..... **Data ultima mestruazione:** .....

**Ciclo mestruale:**  Assente  Presente:  Regolare  Irregolare: .....

Altro: .....

L'atleta riferisce l'assenza di sintomi e patologie in atto.

Tonsillite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Piede piatto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Epilessia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Morbillo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Epatite virale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Diabete	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Varicella	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Pleurite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Rosolia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Anemia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Fratture accidentali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Parotite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie renali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Scapole alate	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Tosse canina	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Tubercolosi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Polmonite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Scarlattina	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Lussazione d'anca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Eczema	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Cardiopatie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Scoliosi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Allergie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Dorso curvo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Svenimento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Malattie intestinali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

L'atleta riferisce la seguente sintomatologia in atto: .....

.....

.....

.....

**ESAME OBIETTIVO**

**Peso** (kg): ..... **Altezza** (cm): ..... **PAO** (a riposo, mmHg): ..... / ..... **Polso** (a riposo, btt/min): .....

**Aspetto:**  normotipo  sovrappeso  sottopeso **Trofismo:**  nella norma .....

**Cute:**  n.d.p. .... **Mucose:**  n.d.p. ....

**Naso-Gola:**  indenni .....

**Linfonodi:**  indenni .....

**Tiroide:**  n.d.p.  palpabile .....

**Apparato Muscolo-Scheletrico:**  n.d.p. ....

**Arti:**  n.d.p. ....

**Rachide:**  n.d.p. ....

**Addome:**  n.d.p. ....

**Fegato:**  nei limiti ..... **Milza:**  nei limiti .....

**Torace:**  n.d.p. ....

**Cuore e vasi:**  n.d.p. ....

**Apparato Urogenitale:**  n.d.p. .... **Giordano:**  neg.  pos. a Dx  pos. a Sx

**Sistema Nervoso:**  n.d.p. ....

**Acuità visiva:**  naturale: OD: ..... /10 OS: ..... /10  corretta: OD: ..... /10 OS: ..... /10

**Senso cromatico:**  n.d.p.  sufficiente  discromatopsia .....

**Udito:**  n.d.p. .... **Psiche:**  n.d.p. ....

**Altro:** .....

**Il Medico visitatore**

## ACCERTAMENTI SANITARI ED ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI

Accertamenti	Referto allegato	Note
<input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma a riposo	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Elettrocardiogramma dopo sforzo	<input type="checkbox"/> vedi allegato	IRI:
<input type="checkbox"/> Esame urine	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Spirometria	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Esame neurologico	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Esame otorinolaringoiatrico	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Audiometria	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Esame oculistico	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Visita cardiologica	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> Test da sforzo al cicloergometro	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> vedi allegato	

## GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'atleta, all'atto della visita,

**NON PRESENTA**

**PRESENTA**

controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport .....

per il periodo di:  1 anno  6 mesi  3 mesi  .....

**Luogo e data:** ....., ..... / ..... / .....

**Timbro e firma del Medico**

.....