

Direttore Sanitario Dott. Ennio Azzalini

Da compilarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta maggiorenne o di un genitore, se minorenne

- ⇒ Cognome e nome dell'atleta:
- ⇒ Data e luogo di nascita dell'atleta:
- ⇒ Residenza dell'atleta (via e città):
- ⇒ Cognome e nome del genitore che accompagna:
- ⇒ Tipo e n° di documento dell'atleta o, se minorenne, di un genitore:
- ⇒ Telefono (preferibilmente cellulare), di un genitore se l'atleta è minorenne:
- ⇒ Sport per il quale viene richiesta la visita:
- ⇒ Pratica sport come... Amatore Dilettante Professionista
- Prima visita per l'attività sportiva AGONISTICA
- Sempre idoneo a tutte le visite medico-sportive agonistiche precedenti
- Idoneo dopo accertamenti (QUALI?)
- Non idoneo in precedenti visite (MOTIVO?)

MALATTIE DEI GENITORI, NONNI, FRATELLI / SORELLE

(specificare la parentela e la malattia sofferta)

- Infarto
- Ictus
- Ipertensione arteriosa
- Diabete
- Colesterolo alto
- Morte improvvisa GIOVANILE

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

- Peso (Kg):** **Statura (mt.):**
- Nato da parto... Normale Cesareo Complicato...
- Fumatore... Mai fumato Fuma dall'età...
- Ex fumatore (specificare per quanti anni ha fumato)...
- Sigarette al giorno?
- Beve caffè... Mai Raramente Saltuariamente Sì, quanti al giorno?
- Beve alcoolici... Mai Raramente Saltuariamente Ai pasti
- Vaccinazioni... E' in regola con le vaccinazioni obbligatorie
- In quale anno ha fatto l'ultimo richiamo dell'antitetanica?
- Porta occhiali... No, non ho nessun problema visivo
- Sì, per... Miopia Astigmatismo Ipermetropia
- Strabismo Presbiopia Riposo visivo

Ciclo mestruale (solo femmine):

- Non ancora mestruta
- Mestruta. Età prima mestruazione: Ciclo mestruale regolare
- Disturbi mestruali...
- In menopausa dall'età...

MALATTIE DELL'ATLETA

Non ho mai avuto malattie gravi

Malattie rilevanti che devono essere segnalate: allergie, asma allergico, asma da sforzo, diabete, svenimenti improvvisi, vertigini improvvise, mal di testa, attacchi di aritmia cardiaca, malattie di cuore, ipertensione, malattie congenite, malattie del fegato, malattie dei reni, malattie psichiche, malattie polmonari, broncopolmoniti, epilessia e convulsioni, scoliosi, piedi piatti, daltonismo o difficoltà a distinguere i colori.

Specificare le eventuali malattie...

.....
.....

INTERVENTI CHIRURGICI

Non sono mai stato sottoposto ad interventi chirurgici

Specificare gli eventuali interventi chirurgici a cui è stato sottoposto...

.....
.....

TRAUMI

Non ho mai avuto traumi di rilevante entità

Specificare gli eventuali traumi (fratture, distorsioni, traumi cranici, ecc.)...

.....
.....

DISTURBI LEGATI ALLO SFORZO FISICO

Non ho mai avuto alcun disturbo rilevante legato allo sforzo fisico

Sotto sforzo ho avuto palpitazioni, vertigini, svenimenti, crisi respiratorie, dolore toracico?

.....
.....

STA ASSUMENDO FARMACI O FA USO DI FARMACI PER CURE A LUNGO TERMINE?

NO SI (specificare)

LEGGERE ATTENTAMENTE QUANTO SEGUE E PORRE DATA E FIRMA

Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato il medico nel modo più completo e veritiero per quanto chiestogli sopra. Dichiara di essere stato adeguatamente informato e di avere pienamente recepito i rischi e i benefici di eventuali accertamenti richiesti. Dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte del personale e dei collaboratori del Centro Medicina dello Sport (Documento redatto in rispetto della legge sulla privacy D.Lgs. 196/2003).

Data

Firma