



**Modulo Anamnestico da compilarsi prima della visita**  
**In caso di dubbio non risponda, ma ne parli con il medico al momento della visita**

**Cognome e Nome dell'Atleta** \_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ **Il** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **Via/Piazza** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

**DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)**

Diabete: si  no  Chi? \_\_\_\_\_  
Asma: si  no  Chi? \_\_\_\_\_  
Ipertensione arteriosa: si  no  Chi? \_\_\_\_\_  
Cardiopatía ischemica od infarto: si  no  Chi? \_\_\_\_\_  
Morte improvvisa: si  no  Chi? \_\_\_\_\_ ; a che età? \_\_\_\_\_ ; causa? \_\_\_\_\_  
Altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDE RIFERITE ALL'ATLETA DA VISITARE**

PESO(Kg): \_\_\_\_\_ ALTEZZA(cm): \_\_\_\_\_  
QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? nessuna  5/10  più di 10  , da quanti anni? \_\_\_\_\_  
ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DEI FARMACI? : si  no   
Se SI, quali e perché? \_\_\_\_\_  
PATOLOGIE O DIFETTI VISIVI? si  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
UTILIZZI OCCHIALI O LENTI A CONTATTO DURANTE LO SPORT? Occhiali  Lenti a contatto  Nulla   
SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:  
Diabete: si  no  Usi insulina? si  no   
Malattie e/o aritmie cardiache: si  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
Ipertensione arteriosa : si  no   
Epilessia : si  no  Altre malattie neurologiche : si  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
Allergie: si  no  Se SI, a cosa? \_\_\_\_\_  
Asma: si  no  Altre malattie respiratorie : si  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI? si  no  Se SI, quali e quando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hai mai avuto INFORTUNI RILEVANTI? si  no  Se SI, quali e quando? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ASSENZA O ALTERATA FUNZIONE DI QUALCHE ORGANO INTERNO? si  no   
Se SI, quale? \_\_\_\_\_  
ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE?: \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITA' SPORTIVA**

HAI GIA' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA O NON AGONISTICA? si  no   
Se SI quale? NON AGONISTICA  AGONISTICA   
IN TALI VISITE SEI MAI STATO GIUDICATO NON IDONEO? si  no  O SOSPESO? si  no   
Se SI per quale motivo? \_\_\_\_\_  
SONO MAI STATI RICHIESTI ALTRI ESAMI (es. Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo, ecc)? si  no   
Se SI per quale motivo? \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE:** Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci. Dò atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Questa dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenni, da almeno un genitore.

**DATA** \_\_\_\_\_ **Firma dell'atleta (o del tutore se minore)** \_\_\_\_\_

## **ESAME OBIETTIVO A CURA DEL MEDICO**

PA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

Toni cardiaci:  validi  ipofonici

pause libere  soffio (intensità \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_)

localizzazione \_\_\_\_\_ risolto in Valsalva/ortostatismo sì  no

Murmure vescicolare:  normotrasmesso  ridotto (dove \_\_\_\_\_)

Rumori patologici: no  sì  (tipologia: \_\_\_\_\_ dove: \_\_\_\_\_)

Addome: trattabile  dolente  dolorabile alla palpazione  (sede: \_\_\_\_\_)

peristalsi valida  ipovalida  assente

Apparato locomotore:  apparentemente indenne