



Dati dell'Atleta

Nome e Cognome	
Data e Luogo di Nascita	
Indirizzo di Residenza	

Anamnesi Personale

- Assumi medicinali abitualmente o ne hai assunti recentemente? ☐ sì ☐ no
Quali? _____
Per quale motivazione? _____
- Fumo? ☐ sì ☐ no Quante sigarette/die? _____
- Alcolici? ☐ sì ☐ no Quanto? _____
- Altre sostanze senza prescrizione medica ☐ sì ☐ no Quali? _____

Patologie /condizioni mediche da dichiarare da cui sei affetto:

- Ipertensione Arteriosa ☐ sì ☐ no
- Diabete ☐ sì ☐ no Da che età? _____ Usi insulina? ☐ sì ☐ no
- Malattie Cardiache di qualsiasi natura /Aritmie/malformazioni cardiache congenite?
☐ sì ☐ no Quali? _____
- Hai mai eseguito una ECOGRAFIA al cuore (esame con sonda e gel)? ☐ sì ☐ no con reperti di normalità? ☐ sì ☐ no

- Epilessia ☐ sì ☐ no
- Altre patologie Neurologiche ☐ sì ☐ no Quali? _____
- Allergie ☐ sì ☐ no Quali? _____ Asma? ☐ sì ☐ no
- Altre patologie respiratorie? ☐ sì ☐ no Quali? _____
- Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI? ☐ sì ☐ no
Quali?/Quando? _____

- Hai mai avuto INFORTUNI? ☐ sì ☐ no Quali? _____ Quando? _____
- Hai mai avuto FRATTURE? ☐ sì ☐ no Quali? _____ Quando? _____

- Hai mai avuto TRAUMA CRANICO? ☐ sì ☐ no ☐ Se sì, Quando? _____ Con perdita di coscienza? ☐ sì ☐ no ☐ Con ricovero Ospedaliero? ☐ sì ☐ no ☐
Accertamenti eseguiti? _____
- Hai mai avuto o soffri di Patologie a carico di altri organi/sistemi/apparati? (Ad es. Patologie Endocrinologiche/Nefrologiche/ Gastroenterologiche, Vascolari, Autoimmuni, dei tessuti molli, del sangue o degli organi ematopoietici) ☐ sì ☐ no ☐
Se sì, quali? _____

Anamnesi Sportiva

DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA SPORTIVA HAI MAI ACCUSATO ALCUNI DI QUESTI SINTOMI?

- Svenimento /perdita di coscienza? ☐ sì ☐ no ☐ Quando? _____
descrivilo: _____
- Dolore al petto? ☐ sì ☐ no ☐ _____
- Disturbi del ritmo cardiaco? ☐ sì ☐ no ☐ _____

HAI MAI ESEGUITO IN PRECEDENZA VISITE PER L'IDONEITÀ SPORTIVA? ☐ sì ☐ no ☐
se sì quale? ☐ NON AGONISTICA ☐ AGONISTICA ☐

In tali visite sei mai stato giudicato NON IDONEO? ☐ sì ☐ no ☐ o Sospeso? ☐ sì ☐ no ☐
Se sì, per Quali motivazioni? _____
Sono mai stato richiesti altri accertamenti Diagnostici? _____

Anamnesi Familiare dell'atleta

Nella sua famiglia (Madre, Padre, Fratelli o Sorelle, Nonni, parenti di 1°grado) ci sono persone affette da alcuna di queste patologie?

- Diabete ☐ sì ☐ no ☐ Chi? _____
- Ipertensione Arteriosa ☐ sì ☐ no ☐ Chi? _____
- Cardiopatia – Malattie Cardiache ☐ sì ☐ no ☐ Chi? _____ A che età? _____
- Infarto Miocardico ☐ sì ☐ no ☐ Chi? _____ A che età? _____
- Ictus Ischemico ☐ sì ☐ no ☐ Chi? _____ A che età? _____
- Morte Improvvisa ☐ sì ☐ no ☐ Chi? _____ A che età? _____
per quale causa? _____
- Altro _____

L'atleta o chi ne fa le veci assume secondo la sua responsabilità la veridicità delle dichiarazioni e delle informazioni presenti nel presente documento circa il suo stato di salute e conferma altresì di essere a conoscenza che in mancanza di informazioni veritiere o in mancanza della documentazione sanitaria richiesta il medico non si assume alcuna responsabilità, né è tenuto all'erogazione della certificazione Medico Sportiva

FIRMA DELL'ATLETA PER ACCETTAZIONE E PRESA VISIONE

o del genitore/tutore/chi ne fa le veci se minore accompagnato

DATA E LUOGO

Chiari BS, _____

VISITA MEDICA

Esame Obiettivo:

- Obiettività Cardio-Polmonare

Toni normofrequenti. Validi, ritmici, non soffi in tutti i focolai di auscultazione.

Pressione Arteriosa _____

Frequenza cardiaca a riposo: _____

- Addome: trattabile, non dolente nè dolorabile alla palpazione. Peristalsi valida, nella norma.

Restante obiettività:

- apparato locomotore
- acuità visiva
- peso, altezza e BMI

nei limiti di norma, nulla di patologico da segnalare.

ECG:

Referto ECG allegato effettuato in data odierna: R.S., nei limiti

Note: _____

Prescrizioni:

Chiari, data _____

In fede, il Medico