

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA PER IL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ via _____

Raccordo anamnestico con anni precedenti:

Ha mai effettuato visite mediche sportive? SI NO
Eventuali accertamenti richiesti dopo precedenti visite mediche sportive? SI NO

Disturbi accusati durante l'attività sportiva:

Capogiri o svenimenti SI NO Difficoltà respiratorie SI NO
Dolore toracico SI NO Battito cardiaco irregolare SI NO

Anamnesi familiare (malattie dei parenti):

Morte improvvisa in giovane età (<40 anni) SI NO

Anamnesi personale:

Fumo SI NO Episodi febbrili (30 giorni) SI NO

Malattie:

Cardiache SI NO se sì quali? _____

Presenza di soffi rilevati durante altre visite mediche SI NO

Presenza di aritmie rilevate durante precedenti visite mediche SI NO

Allergie SI NO se sì, quali? _____

Altre malattie SI NO se sì, quali? _____

Terapia farmacologica :

Interventi chirurgici:

Infortuni/fratture:

RILIEVI ODIERNI

P.A. _____ F.C. _____

Obiettività: _____

ECG: _____

GIUDIZIO MEDICO: IDONEO A TUTTO IL _____

Eventuali limitazioni/osservazioni _____

Esami da fornire ad integrazione _____

IL MEDICO

DICHIARO di aver informato esattamente il medico delle mie (o del minore di cui sono tutore legale) attuali condizioni psico-fisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite mediche sportive (che il minore non è mai stato dichiarato non idoneo). Mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e di essere informato dei pericoli derivanti da fumo, tabacco e alcol.

Data

Firma del dichiarante