



COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____

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

Diabete sì no chi? _____
Asma sì no chi? _____
Ipertensione arteriosa sì no chi? _____
Cardiopatía ischemica od infarto sì no chi? _____
Altro _____

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE:

TIPO DI LAVORO PRATICATO _____

QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? Nessuna 5/10 più di 10 da quanti anni? _____
Ex per quanti anni? _____ da quanto hai smesso? _____

BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI? sì no Se sì quanto di media alla settimana? _____

ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO FARMACI? sì no

Se SI, quali e perché? _____

SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:

Diabete sì no Usi insulina? sì no

Malattie e/o aritmie cardiache sì no Se sì, quali? _____

Ipertensione arteriosa sì no

Epilessia sì no

Altre malattie neurologiche sì no Se SI, quali? _____

Allergie sì no Se SI, cosa? _____

Asma sì no

Altre malattie respiratorie sì no Se SI, quali? _____

Hai mai avuto interventi chirurgici? sì no Se SI, quali e quando? _____

Hai mai avuto fratture? sì no Se SI, quali e quando? _____

Hai mai avuto infortuni rilevanti? sì no Se SI, quali e quando? _____

Hai mai avuto traumi cranici? sì no Se SI, quando? _____

con svenimento? sì no ; con ricovero? sì no ; esami conseguiti _____

Assenza o alterata funzione di qualche organo interno? sì no

Se SI, quale? _____

Dovuta a? _____

Altre patologie da segnalare? _____

DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA SPORTIVA HAI MAI ACCUSATO MALESSERI IMPROVVISI QUALI:

Dolori al torace sì no con che frequenza? _____

descrivili _____

Svenimenti sì no con che frequenza? _____

descrivili _____

Disturbi del ritmo cardiaco sì no con che frequenza? _____

descrivili _____

NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITÀ' SPORTIVA:

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica o non agonistica? sì no

Se SI quale? non agonistica agonistica

In tali visite sei mai stato giudicato non idoneo? sì no o sospeso? sì no

Se sì, per quale motivo? _____

Sono mai stati richiesti altri esami? (es. Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo, ecc) sì no

Se sì, per quale motivo? _____





MALATTIE INFETTIVE:

Varicella sì no Morbillo sì no Rosolia sì no
Parotite (orecchioni) sì no Pertosse sì no Scarlattina sì no
Mononucleosi inf. sì no Epatite B sì no Epatite C sì no
Altre malattie? sì no Se SI, quali? _____

NOTIZIE RELATIVE ALLA VISTA:

Patologie o difetti della vista? sì no Se SI, quali? _____
Utilizzi occhiali o lenti a contatto? sì no
Se SI, cosa usi durante lo sport? Occhiali Lenti a contatto Niente

NOTIZIE RELATIVE ALL'UDITO:

Patologie o difetti uditivi? sì no Se SI, quali? _____

DOMANDE RIFERITE ALL'APPARATO GENITALE:

Per le donne : data prima mestruazione (menarca) _____ Data ultima mestruazione: _____ Ciclo: <input type="checkbox"/> regolare - <input type="checkbox"/> irregolare - <input type="checkbox"/> non ancora iniziato <input type="checkbox"/> assente: perché? _____ Usi farmaci anticoncezionali? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Se SI, quali? _____	Per gli uomini : hai da segnalare problemi agli organi genitali? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/> se SI, quali? _____ _____ _____
--	---

NOTIZIE RELATIVE AGLI SPORT PRATICATI

Quale sport praticati? _____ Da quanti anni? _____
N. allenamenti a settimana _____ Durata dell'allenamento _____

DOMANDE RIFERITE AI RISCHI E AI DANNI DEL DOPING:

Ritieni di essere bene informato sui rischi e sui danni del doping e dell'uso improprio di farmaci o del loro abuso? sì solo superficialmente no

Chi ti ha informato su questi rischi e sugli effetti conseguenti sulla salute?

- Medico della squadra medico di famiglia allenatore
 Giornali televisione internet
 Genitori nessuno altri _____

DICHIARAZIONE: io sottoscritto dichiaro di avere 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 di legge 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. Do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso di minorenni, da almeno un genitore.

Sottoscrizione dopo presa visione di quanto dichiarato e colloquio chiarificatore con il medico.

Data _____

Firma dell'atleta

Codice Fiscale del tutore

Firma del tutore

Dott. ANTONINO LANIA
Spec. in Med. dello Sport
Spec. in Med. Fis. e Riab.
Tess. FMSI 19861
P.IVA 03263850129
C.F. LNANNN65A19A552A