

# SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Scheda anamnestica da portare già compilata alla visita  
(contrassegnare con una croce la risposta indicando il sì oppure il no, non lasciare risposte in bianco).

Cognome ..... Nome ..... nato il .....

## domande riferite ai familiari (genitori, fratelli, nonni).

Diabete: sì  no  Ipertensione arteriosa: sì  no

Cardiopatìa ischemica od infarto: sì  no  Asma sì  no

Morte improvvisa: sì  no  altro .....

## domande riferite agli atleti da visitare

Per le donne: data ultima mestruazione .....

Per gli uomini che hanno compiuto i 18 anni: abile al servizio di leva  sì  no

Se la risposta è no perché .....

Tipo di lavoro praticato: .....

Quante sigarette fumi al giorno: nessuna  meno di 5  da 5 a 10  più di 10

Bevi alcolici o superalcolici: sì  no

Se sì, quanto mediamente al giorno? .....

Assumi abitualmente farmaci? sì  no

Se sì, quali e perché? .....

Sei attualmente o hai finito da poco una cura con dei farmaci?  sì  no

Se sì, quali e perché? .....

Soffri attualmente o ti sono state diagnosticate in passato malattie come:

Diabete: sì  no  Ipertensione arteriosa: sì  no

Malattie cardiache: sì  no  Aritmie cardiache: sì  no

Malattie neurologiche od epilessi sì  no  altro .....

Interventi chirurgici subiti: .....

Infortuni rilevanti o fratture: .....

Nozioni relative agli sport praticati

Quale sport praticati? ..... Da quanti anni? .....

Oltre alla partita quante volte ti alleni ogni settimana?

Quante ore dura ogni allenamento?

Quando pratici sport accusi disturbi improvvisi, dolori toracici o svenimenti? sì  no

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

Sei mai stato giudicato non idoneo o sospeso nel corso di tali visite? sì  no

Se sì per quale motivo? .....

### DICHIARAZIONE:

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di **non essere mai stato dichiarato non idoneo**, in precedenti visite sportive di legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco e dall'uso di alcool. (dichiarazione ai sensi del D.M. 18.2.92).

Firma ..... Documento N. ....

NEL CASO VENISSERO OMESSI OD INDICATI DATI FALSI NELLA PRECEDENTE SCHEDA, LA VISITA ED IL CONSEGUENTE CERTIFICATO DIVERREBBERO LEGALMENTE NULLI.