

## SCHEMA ANAMNESTICA AI FINI DEL RILASCIO DELL'IDONEITÀ SPORTIVA

Cognome del **Genitore**..... nome.....  
carta d'identità o patente numero.....

Cognome dell'**Atleta**..... nome.....  
nato il..... a.....

residente a..... via.....  
telefono..... cellulare.....

codice fiscale.....  
sport per cui è richiesta l'idoneità sportiva.....

da quanti anni viene praticato questo sport? ..... per quante ore settimanali?.....

attualmente viene praticato qualche altro sport?  no  sì, per quante ore settimanali?.....

in passato sono stati praticati altri sport?  no  sì, per quanti anni?.....

**NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA** specificare chi tra i famigliari (compresi nonni, zii, cugini) soffre o ha sofferto dei problemi di salute elencati:

morte improvvisa:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

malattie di cuore:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

infarto miocardico:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

ipertensione:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

ictus cerebrale:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

colesterolo/trigliceridi elevati:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

diabete:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

allergie:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

asma:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

tumori:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

malattie della tiroide:  no  sì, chi ne ha sofferto? \_\_\_\_\_

### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

è già stato sottoposto a visite medico-sportive?  no  sì

se sì, è mai stato dichiarato non idoneo?  no  sì

Durante una visita medica sono mai state riscontrate le seguenti anomalie?

malattie cardiache:  no  sì

soffio cardiaco:  no  sì

ipertensione arteriosa:  no  sì

aritmie cardiache:  no  sì

Ha mai accusato i seguenti disturbi?

dolore o costrizione al petto  no  sì

irregolarità del battito cardiaco  no  sì

svenimento  no  sì

vertigine  no  sì

attualmente sta facendo cure?  no  sì, quali? \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA, soffre o ha mai sofferto di**

malattie esantematiche dell'infanzia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
tonsilliti frequenti	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
malattia reumatica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
broncopolmonite	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
asma bronchiale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
asma da sforzo	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
rinite allergica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
allergia alimentare	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
allergia a farmaci	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
epatite virale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
malattie renali	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
sangue nelle urine	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
diabete	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
colesterolo elevato	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
epilessia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
trauma cranico	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

**INTERVENTI CHIRURGICI**  no  sì, quali \_\_\_\_\_

**INFORTUNI**

Lesioni ai legamenti	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Lesioni meniscali	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Fratture	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Lussazioni	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Distorsioni	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Strappi muscolari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

**FA USO DI OCCHIALI?**  no  sì, specificare per quale motivo

Miopia       Astigmatismo       Ipermetropia       Strabismo

Fuma	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Beve alcolici	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

Anni di età prima mestruazione: \_\_\_\_\_      Data ultimo ciclo mestruale: \_\_\_\_\_

**Il genitore** dell'atleta dichiara di aver informato il medico dello sport in merito alle attuali condizioni psico-fisiche del figlio, alle sue eventuali precedenti patologie e che quanto esposto corrisponde a verità.

Dichiara inoltre che il figlio non ha in sospeso accertamenti presso strutture pubbliche o private accreditate.

Dichiara di acconsentire alla visita e alle relative procedure diagnostiche previste ed al trattamento dei dati personali (secondo le norme di legge vigenti sulla privacy).

data.....      firma.....

Dichiara di acconsentire alla comunicazione dei dati alla rete regionale della Medicina dello sport.

data.....      firma.....



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO

**AZIENDA U.L.S.S. N. 7 "PEDEMONTANA"**

Via dei Lotti n. 40 – 36061 Bassano del Grappa

Codice f. e p.i. 00913430245

## MODULO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° |\_|\_|

domiciliato/a a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° |\_|\_|

GENITORE dell'atleta \_\_\_\_\_

### DELEGA AD ASSISTERE ALLA VISITA MEDICO SPORTIVA DEL MINORE:

Il/la Sig/ra: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_|

Allega Copia del documento di identità (del delegante)

DATA: |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|\_| FIRMA DEL DELEGANTE: \_\_\_\_\_

# AVVERTENZE

## Presentarsi con:

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRECEDENTE (referti, radiografie, ecc.)  
IMPEGNATIVA MEDICA (recante l'eventuale esenzione per patologia o per reddito)  
RICEVUTA DI AVVENUTO PAGAMENTO TICKET  
NEL CORSO DELLA PRESTAZIONE IL MEDICO POTREBBE ESEGUIRE DEGLI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI  
NECESSARI, CHE SARANNO ASSOGGETTATI AD UN TICKET AGGIUNTIVO

## PREPARAZIONI:

ACCERTAMENTO PRATICA SPORTIVA TABELLA B D.M18282(VISITA MED. E.C.G. SOTTO SFORZO, SPIROM.ES.URINE)

## DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA VISITA:

- documento di riconoscimento (per gli atleti minorenni un documento del genitore);
  - tessera sanitaria
  - tessera delle vaccinazioni;
  - se si usano lenti a contatto od occhiali portarli il giorno della visita, con relativa prescrizione;
  - documentazione sanitaria precedente (referti, radiografie, ecc);
- Si consiglia abbigliamento pratico (pantaloncini corti, top o canottiera per le atlete).

## **GLI ATLETI MINORENNI DEVONO ESSERE ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE o da un familiare maggiorenne opportunamente delegato**

Il certificato di idoneità all'attività sportiva agonistica viene rilasciato dal medico specialista in Medicina dello sport ed ha di norma validità di 12 mesi.  
Nel caso si cambi società sportiva e/o sport (nel periodo di validità del certificato) non viene ripetuta la visita ma si richiede copia del certificato alla società precedente. All'atto della visita, l'atleta può richiedere, per uso personale, copia del certificato.

**Per modificare/disdire l'appuntamento telefonare al numero verde (24h/7gg) 800 038 990  
Per informazioni sanitarie telefonare dal lunedì al giovedì dalle ore 08.00 alle 09.00 al n° tel 0424/885102**

## AMBULATORIO VIAGGIATORI INTERNAZIONALI

Gentili Atleta e Genitori, in occasione di questa visita medico sportiva desideriamo informarvi che presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Ulss n.3 è attivo l'Ambulatorio per i Viaggiatori Internazionali. E' un servizio rivolto a tutte quelle persone che si apprestano a compiere un viaggio internazionale, incluso chi si reca all'estero per manifestazioni sportive.  
Per info consultare il sito <http://www.aslbassano.it> cliccando il bottone "vaccinazioni" a sinistra nell'home page

**CHI NON PROVVEDERA' A DISDIRE LA PRENOTAZIONE 3 GG. PRIMA DELLA DATA  
FISSATA DOVRA' PAGARE IL TICKET ANCHE SE ESENTE**

# ATTENZIONE

Al termine della visita confermare via email a [info@eurocalcio.org](mailto:info@eurocalcio.org) oppure via whatsapp al 3488592543 l'avvenuta visita specificando se sono stati richiesti ulteriori esami di approfondimento o consegna di ulteriore documentazione. In entrambi i casi (esami di approfondimento e/o documentazione da consegnare), l'atleta è obbligatoriamente sospeso dall'attività (compresi anche gli allenamenti) **con eccezione della sola presentazione di un certificato di idoneità sportiva agonistica provvisorio all'uopo rilasciato dal medico di medicina sportiva.**