

CARTELLA CLINICA (DA COMPILARE DALL'ATLETA O GENITORE ATLETA)

COGNOME.....NOME.....ALTEZZA.....PESO.....

INDIRIZZO RESIDENZA.....

CITTA'.....PROVINCIA.....CAP.....

DATA DI NASCITA.....LUOGO DI NASCITA.....

SPORT PER CUI E' RICHIESTA..... VISITA GIA'EFFETTUATA IN PASSATO (SI O NO).....

EVENTUALI ALTRI SPORT PRATICATI.....

SOCIETA'.....DOCUMENTO DI IDENTITA'(C.I. O PAT.) N°.....

QUESTIONARIO ANAMNESTICO(ANAMNESI FAMILIARE:GENITORI,FRATELLI ,NONNI)

1)DIABETE SI/NO CHI..... 2) ASMA SI/NO CHI.....

3)IPERTENSIONE ARTERIOSA SI/NO CHI.....4) MORTE IMPROVVISA SI/NO CHI.....

5)CARDIOPATIA ISCHEMICA O INFARTO SI/NO CHI..... ALTRO(SPECIFICARE).....

ANAMNESI FISIOLGICA (ATLETA)

CONTRATTO COVID-19 si/no..... se si in che data

FUMO SI/NO.....QUANTE SIGARETTE.....

BEVITORE ASTEMIO/OCCASIONALE/BEVITORE/EX BEVITORE.....

GRAVIDANZE SI/NO.....QUANTE.....

USO DI FARMACI SI/NO.....QUALI E PERCHE'.....

SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME: DIABETE SI/NO.....

IPERTENSIONE ARTERIOSA SI/NO.....MALATTIE NEUROLOGICHE O EPILESSIA SI/NO.....ASMA SI/NO.....

MALATTIE E/O ARITMIE CARDIACHE SI/NO.....MALATTIE RENALI SI/NO.....ALLERGIE SI/NO.....

INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI SI/NO.....INFORTUNI RILEVANTI O FRATTURE SI/NO.....

TRAUMI CRANICI SI/NO.....ALTRO.....

ANAMNESI SPORTIVA (ATLETA)

DA QUANTO TEMPO(MESI/ANNI) PRATICHI SPORT.....ALLENAMENTI SETTIMANALI.....DURATA ORE.....

QUANDO PRATICHI SPORT HAI MAI ACCUSATO: DISTURBI IMPROVVISI SI/NO.....SVENIMENTI SI/NO.....

DISTURBI IMPROVVISI SI/NO.....DOLORI TORACICI SI/NO..... GRANDE STANCHEZZA SI/NO.....

HAI GIA' ESEGUITO VISITE SPORT AGONISTICHE SI/NO.....

SEI MAI STATO GIUDICATO NON IDONEO O SOSPESO DURANTE LA VISITA SI/NO.....PERCHE'.....

HAI MAI ESEGUITO ULTERIORI ACCERTAMENTI DOPO LA VISITA SI/NO.....QUALI.....

Dichiarazione ex.D.M.18/02/82: va sottoscritta dal visitato 0, nel caso minorenne, da almeno un genitore. Io sottoscritto dichiaro di aver 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 .Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o do atto d essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall' uso dell'alcool.

DATA..... FIRMA (DEL GENITORE SE MINORE)

ESAME OBIETTIVO (COMPILARE DAL MEDICO)

TROFISMO.....PESO KG.....STATURA CM.....APPARATO LOCOMOTORE Nds.....
TORCE E APPARATO RESPIRATORIO Nds.....APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO Nds.....P.A. A RIPOSO.....
POLSI PERIFERICI Nsd.....ADDOME E ORGANI GENITALI Nsd.....ARTI.....
ACUITA VISIVA NATURALE OD/.....OS.....10...../10 CORRETTA OD/.....OS...../10
SENSO CROMATICO.....CONCLUSIONI APP VISIVO.....UDITO.....
CONCLUSIONI ESAME OBIETTIVO BUONO STATO DI SALUTE..... **FIRMA DEL MEDICO**.....
ELETTROCARDIO. A RIPOSO PR.....QT..... REFERTO: VEDI ALLEGATO ECG DOPO SFORZO: VEDI ALLEGATO
REFERTO.....IRI.....CONCLUSIONI.....CONCLUSIONI EO.....
FIRMA MEDICO VISITATORE.....
ESAME URINE: VEDI ALLEGATO SPIROGRAFIA: VEDI ALLEGATO CONCLUSIONI.....

ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI

ELETTROENCEFALOGRAMMA.....ESAME NEUROLOGICO.....
ESAME OTORINOLARINGOIATRICO.....AUDIOMETRIA.....ESAME OCULISTICO.....
ALTRI ESAMI.....NOTE.....

GIUDIZIO CONCLUSIVO

ATLETA IDONEO/NON IDONEO.....ALLA PRATICA DELLO SPORT AGONISTICO PER CUI VIENE
RICHIESTA L' IDONEITA' PER IL TEMPO DIMESI,.....ANNO/I

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO VISITATORE

Dott. GIANLUIGI AGOSTINI

Specialista in Medicina dello Sport