

SCHEDA PER LA RACCOLTA ED IL RACCORDO DEI DATI SANITARI

ATTENZIONE! Questa scheda serve per portare a conoscenza del medico visitatore eventuali condizioni che possono limitare o controindicare una determinata attività sportiva. Per questo è richiesta la massima cura nella sua compilazione.

DATI IDENTIFICATIVI DI CHI SI SOTTOPONE ALLA VISITA

COGNOME _____ **NOME** _____ **NATO IL** _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE SI SOTTOPONE AD UNA VISITA PER L'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO/ NON AGONISTICO?

NO

SI

Dov'è stato visitato l'ultima volta?

Quando (indicare l'anno)

Ha mai fatto visite (dal curante o dal pediatra) per certificato di buona salute?

SI NO

(CONTINUARE NELLA COMPILAZIONE)

VI E' STATO QUALCHE CAMBIAMENTO NEI DATI SANITARI RISPETTO ALL'ULTIMA VOLTA CHE L'INTERESSATO SI E' SOTTOPOSTO A VISITA?

SI

NO ⇒ **STOP**

**SE LA RISPOSTA E' "SI"
CONTINUARE
CON LA COMPILAZIONE**

**SE LA RISPOSTA E' "NO" PROSEGUIRE
UGUALMENTE SOLO SE L'ATLETA NON HA MAI
FATTO VISITE IN QUESTO CENTRO, ALTRIMENTI
STOP**

DATA

FIRMA

DATI RIFERITI AI FAMILIARI:

QUALCUNO DEI FAMILIARI E' O E' STATO PORTATORE DI UNA QUALSIASI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

			DESCRIVERE IL TIPO	CHI CE L'HA AVUTA
Malattie del cuore (cardiopatie) di qualsiasi natura (angina pectoris, infarto, aritmie, cardiomiopatie, morte improvvisa..)	si	no		
Malattie delle valvole del cuore	si	no		
Ipertensione arteriosa	si	no		
Diabete mellito	si	no		
Altre malattie	si	no		

CONTINUA SULL'ALTRA FACCIATA ⇒

DATI RIFERITI ALL'INTERESSATO:L'INTERESSATO E' O E' STATO PORTATORE DI UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE O CONDIZIONI

			DESCRIVERE LA MALATTIA O CONDIZIONE
Malattie congenite del cuore	si	no	
Malattie delle valvole del cuore	si	no	
Cardiopatie di qualsiasi altra natura	si	no	
Iperensione arteriosa	si	no	
Diabete mellito	si	no	
Asma bronchiale	si	no	
Malattia epilettica	si	no	
Crisi convulsive	si	no	
Allergia	si	no	
Malattie del sangue	si	no	
Malattie del sistema immunitario	si	no	
Altre malattie o condizioni diverse da quelle in elenco	si	no	

L'INTERESSATO E' STATO RICOVERATO IN OSPEDALE? SI NO

ANNO	IN QUALE OSPEDALE	PER QUALE MOTIVO

L'INTERESSATO E' O E' STATO IN CURA CON DEI FARMACI (medicine)? SI NO

QUALI	
-------	--

DATI RIFERITI ALLA STORIA SPORTIVA:

DA QUANTO TEMPO PRATICA LO SPORT PER IL QUALE RICHIEDE QUESTA VISITA?

HA FATTO ALTRI SPORT PRECEDENTEMENTE?

 SI NO

QUALI	
-------	--

L'INTERESSATO HA MAI RIFERITO O HA MAI DIMOSTRATO DI AVERE "DEI PROBLEMI" (es.: affanno respiratorio esagerato o insolito, palpitazione del cuore, dolore insolito nella zona del cuore) DURANTE L'ATTIVITA' FISICA CHE NORMALMENTE PRATICA O HA PRATICATO? SI NO

QUALI	
-------	--

E' MAI "STATO MALE" (es. svenimento) DURANTE UNA GARA O PARTITA O COMPETIZIONE?

 SI NO**RICORDA**

E' CONVENIENTE ALLEGARE ALLA PRESENTE TUTTI I DOCUMENTI SANITARI IN POSSESSO (referti, risposte di esami fatti etc.) - se non già presentati in precedenza - PER FARLI VISIONARE AL MEDICO VISITATORE. IN CASO CONTRARIO SI SARA' COSTRETTI A RITORNARE PER CONSEGNARLI SUCCESSIVAMENTE!!!

DATA _____

FIRMA _____