

VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

TIRO CON L'ARCO

Indicare lo sport per il quale viene chiesta la visita di idoneità

Questa parte della scheda sanitaria è da compilare a cura dell'interessato stesso

Dati anagrafici

Nome, Cognome: \_\_\_\_\_ Nato: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ casa: \_\_\_\_\_ Lavoro: \_\_\_\_\_

Pratica sportiva

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se sì, quali?
Quanto si allena? (ore/settimana)
Pratica altri sport (quali/quanto)?

Anamnesi familiare

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?

infarto si  no  morte improvvisa si  no  altro si  no

Anamnesi fisiologica

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)  
(Barrare la casella che interessa; se risponde con "Sì, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

<b>Capo, sistema nervoso</b> Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Psiche</b> Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Occhi</b>	<input type="checkbox"/> DISTURBI VISIVI	porta: <input type="checkbox"/> OCCHIALI	<input type="checkbox"/> LENTI CONTATTO
<b>Naso, seni paranasali</b> Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO

<b>Orecchie</b> Otiti, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Apparato respiratorio</b> Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Sistema cardiocircolatorio</b> Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Apparato digerente</b> Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Apparato uro-genitale</b> Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Cute, apparato locomotorio</b> Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Metabolismo</b> Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?		
<input type="text" value="SI, attualmente"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="IN PASSATO"/>
<b>Per FEMMINE:</b>		
<b>attualmente in gravidanza?</b>	<b>Anomalie del ciclo mestruale?</b>	<b>Mestruazioni in atto?</b>
<input type="text" value="SI"/>	<input type="text" value="SI"/>	<input type="text" value="SI"/>
<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="NO"/>	<input type="text" value="NO"/>
Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)		
Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)		
Quanto alcool consuma? (cosa/quanto): _____		
Fuma? (cosa/quanto): _____		
Attualmente assume farmaci? (quali/quanto): _____		
In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?		
<input type="text" value="SI"/>	<input type="text" value="NO"/>	

**Con la mia firma dò il consenso al trattamento sanitario riguardo la visita medica e tutti gli accertamenti previsti. Sono informato che la modalità dello svolgimento della visita si può visionare al sito [www.sabes.it](http://www.sabes.it) oppure rivolgendomi direttamente al Servizio di Medicina dello Sport dell' Azienda Sanitaria**

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(per i minorenni firma del genitore)