



ANAGRAFICA

da compilare in stampatello da parte del paziente

Nome
Cognome
Luogo di nascita
Data di nascita
Indirizzo di residenza
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza)
Recapito telefonico
Documento d'identità (tipo, numero, ente che lo ha rilasciato)
Sport per cui è richiesta la visita
Società sportiva

a cura del medico

ANAMESI FAMILIARE	
ANAMESI PERSONALE / FISIOLOGICA	
Diuresi / Minzione	Fisiologica - Nicturia – Poliuria – Pollachuria – Disuria - Ematuria
Alvo	Regolare – Stitico – Diarroico – Tendenzialmente stitico/diarroico
Alimentazione	Variegata – Irregolare - Monotona
Digestione	Buona - Disturbata
Sonno	Tranquillo – Disturbato
Farmaci	
Menarca / Menopausa	Data ultima mestruazione
Gravidanze	
Patologia remota	
CEI:	
Pregressi traumi ed interventi chirurgici:	
Allergie:	
ESAME OBIETTIVO	
Altezza (cm)	
Peso (kg)	
Trofismo	Normale – Ipo – Iper
Capo	
Torace	Emitoratici: Simmetrici/Asimmetrici – Normo-Ipo/Elastici – Normo-Ipo/Espansibili
F.V.T.	Normale – Ipotrasnesso – Ipertrasnesso
Basi e apici	Mobili/Ipomobili – Simmetrici/asimmetrici
M.V.	Fisiologico – Ronchi – Rantoli - Sibili



a cura del medico

Fegato e Milza	Nella norma				
Apparato urinario	Giordano +/- dx/sn				
Apparato osteomioarticolare	Nella norma				
Acuità visiva	Naturale/Corretta		OD		OS
Senso cromatico	Sufficiente/Insufficiente				
Udito	Normale – Ipoacusia dx/sn				
Cuore	PA		mm/Hg		
	Itto	Presente in sede regolare		Presente in sede regolare	
	Azione	Ritmica – Aritmica			
	Toni	Netti – Parafonici			
	Pause	Libere -			
ECG (A riposo)	FC:	bpm	PQ:	msQTc:	ms
	Asse	Fisiologico – Deviato a dx – Deviato a sn			
Dopo step IRI	Insufficiente – Sufficiente – Discreto – Buono – Ottimo				
Spirometria	CV:	lt	FCV:	lt	FEV1: lt FEV/CV % MVV: l/m
	CONCLUSIONI	Normale			
Esame urine					
ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI					
EEG	Negativo				
Esame neurologico	Negativo				
Esame otorinolaringoiatria	Negativo				
Accertamenti cardiologia					
Esame oculistico	Negativo				



da compilare da parte del paziente

STORIA FAMILIARE

Sì No

Hai un qualsiasi membro della famiglia deceduto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa, inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato, o sindrome della morte improvvisa infantile)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai un qualsiasi membro della famiglia deceduto con inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti auto inspiegabili, per annegamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai un qualsiasi membro della famiglia con qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai un qualsiasi membro della famiglia con cardiopatia ipertrofica, cardiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai un qualsiasi membro della famiglia con tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica <55 maschi, <65 femmine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai un qualsiasi membro della famiglia con diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, malattie del sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STORIA PERSONALE

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, costrizione toracica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai mai avuto capogiri o vertigini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) oppure salti qualche battito (battiti irregolari, extrasistoli)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un medico ti ha mai detto che hai qualsiasi problema cardiaco, pressione alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, un'aritmia cardiaca, un'infezione al cuore nell'ultimo mese (miocardite, mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata, febbre reumatica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore come ECG, HOLTER, ECO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai qualche allergia (pollini, polvere, farmaci, cibi, punture d'insetto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria, eruzioni cutanee durante o dopo esercizio fisico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attualmente stai assumendo farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negli ultimi due anni hai assunto farmaci in maniera costante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTODICHIARAZIONE

Dichiaro sotto la mia responsabilità civile e penale di aver informato esattamente il medico delle mie condizioni psico-fisiche ed affezioni attuali e pregresse e di non essere mai stato dichiarato non idoneo a precedenti visite specialistiche di medicina dello sport di legge, dichiaro inoltre, ai sensi della legge sulla Privacy n° 196/2003, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva.

DATA

FIRMA