



**SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER I PRATICANTI GLI SPORT**

D.M. 18-02-1982

**COMPILARE I CAMPI EVIDENZIATI**

Data visita \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residenza e/o domicilio \_\_\_\_\_  
Documento d'identità \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Sport per cui è stata richiesta la visita \_\_\_\_\_  
Eventuali altri sport praticati \_\_\_\_\_

ANAMNESI \_\_\_\_\_  
Anamnesi familiare \_\_\_\_\_  
Anamnesi fisiologica \_\_\_\_\_  
(Menarca \_\_\_\_\_ ciclo mestruale \_\_\_\_\_ )  
Fumo \_\_\_\_\_ alcool \_\_\_\_\_  
Anamnesi patologica: malattie sofferte \_\_\_\_\_  
Interventi chirurgici \_\_\_\_\_  
Infortuni \_\_\_\_\_

ESAME OBIETTIVO \_\_\_\_\_  
Trofismo \_\_\_\_\_ Peso kg. \_\_\_\_\_ Statura cm. \_\_\_\_\_  
Apparato locomotore \_\_\_\_\_  
Torace e apparato respiratorio \_\_\_\_\_  
Apparato cardiocircolatorio \_\_\_\_\_ P.A. a riposo \_\_\_\_\_  
Addome e apparato genitale \_\_\_\_\_  
Arti \_\_\_\_\_  
Acuità visiva: naturale OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10 corretta OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10  
Senso cromatico \_\_\_\_\_  
Udito \_\_\_\_\_  
Conclusioni esame obiettivo \_\_\_\_\_

Firma del medico visitatore \_\_\_\_\_

Elettrocardiogramma a riposo: Freq. media \_\_\_\_\_ PQ \_\_\_\_\_ QT \_\_\_\_\_

Ritmo \_\_\_\_\_ Asse \_\_\_\_\_

Elettrocardiogramma dopo sforzo: Freq. media \_\_\_\_\_

Conclusioni \_\_\_\_\_

I.R.I. \_\_\_\_\_

Firma del cardiologo \_\_\_\_\_

**ESAME URINE**

Aspetto \_\_\_\_\_ Colore \_\_\_\_\_

Densità \_\_\_\_\_ Reazione \_\_\_\_\_

Reperto \_\_\_\_\_

**SPIROGRAFIA**

Capacità vitale CV \_\_\_\_\_ l. (norm. \_\_\_\_\_ )

Volume esp. Max Sec. VEMS \_\_\_\_\_ l. (norm. \_\_\_\_\_ )

Indice Tiffeneau VEMS/CV \_\_\_\_\_ % (norm. \_\_\_\_\_ )

Max Ventil. Volont. MVV \_\_\_\_\_ 1/min. (norm. \_\_\_\_\_ )

Conclusioni \_\_\_\_\_

**ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI**

Elettroencefalogramma \_\_\_\_\_

Esame neurologico \_\_\_\_\_

Esame otorinolaringoiatrico \_\_\_\_\_

Audiometria \_\_\_\_\_

Esame oculistico \_\_\_\_\_

Altri esami \_\_\_\_\_

GIUDIZIO CONCLUSIVO: L'atleta, all'atto della visita, non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_ per il periodo \_\_\_\_\_

Li \_\_\_\_\_

(timbro e firma del medico)

# COMPILARE L'INTERA PAGINA

ASSOCIAZIONE

**C.M.S.**

CONEGLIANO

## SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta o, se  
minorenne, di uno dei genitori o chi per loro

COGNOME E NOME DI CHI NE FA LE VECI (minorenni): .....

COGNOME E NOME DELL'ATLETA: .....

TELEFONO: .....

DATA E LUOGO DI NASCITA DELL'ATLETA: .....

TIPO E NUMERO DI DOCUMENTO DELL'ATLETA: .....

DOMICILIO DELL'ATLETA (VIA E CITTA'): .....

PESO (Kg) .....

STATURA (cm) .....

SPORT PER I QUALI VIENE RICHIESTA LA VISITA: .....

LIVELLO SPORT:

Amatoriale

Dilettante

Professionista

Prima visita per l'attività sportiva AGONISTICA

Sempre idoneo a tutte le visite Medico-sportive agonistiche precedenti (nel caso non sia la prima)

Idoneo dopo richiesta di accertamenti (QUALI?) .....

Non idoneo in precedenti visite (MOTIVO?) .....

### MALATTIE DEI GENITORI, NONNI, FRATELLI/SORELLE

(specificare la parentela e la malattia sofferta)

Infarto .....

Ictus .....

Ipertensione arteriosa .....

Diabete .....

Colesterolo alto .....

Morte improvvisa GIOVANILE .....

### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Nato da parto...  Normale  Cesareo  Complicato... ..

Sonno...  Regolare  Non regolare, cioè? .....

Alimentazione...  Normale  Eccessiva  Scarsa  Irregolare  Altro... ..

Va di corpo...  Regolare  Stitico  Frequenti episodi diarroici  Altro... ..

Urina...  Regolare  Irregolare, cioè? .....

Fumatore...  Mai fumato  Ex fumatore  Fuma dall'età... .. Sigarette al giorno? .....

Beve caffè...  Mai  Raramente  Saltuariamente  Sì, quanti al giorno? .....

Beve alcoolici...  Mai  Raramente  Saltuariamente  Ai pasti  Di più .....

### Ciclo mestruale (solo femmine):

Non ancora mestruata  Età della prima mestruazione .....

Mestruazioni...  Regolari  Irregolari: .....

Menopausa dall'età... ..

### Servizio militare obbligatorio (solo maschi nati prima del 1986):

Esente per legge  Idoneo alla prima visita di leva  Assolto normalmente

Riformato per problemi di salute. Quali? .....

# COMPILARE L'INTERA PAGINA

## MALATTIE DELL'ATLETA

(barrare la casella interessata)

- Allergie .....
- Asma allergico .....
- Asma da sforzo .....
- Diabete .....
- Svenimenti improvvisi .....
- Vertigini improvvise .....
- Mal di testa .....
- Attacchi di aritmia cardiaca .....
- Malattie del cuore .....
- Ipertensione .....

(barrare la casella interessata)

- Malattie congenite .....
- Malattie del fegato .....
- Malattie dei reni .....
- Malattie psichiche .....
- Malattie polmonari .....
- Broncopolmoniti .....
- Epilessia e convulsioni .....
- Scoliosi .....
- Piedi piatti .....
- Daltonismo / Difficoltà a distinguere i colori .....

Altre segnalazioni: .....

### INTERVENTI CHIRURGICI:

- Nessuno     Tonsille     Adenoidi     Appendice     Ernia inguinale
- Altri (specificare) .....

### INFORTUNI (di rilevante entità):

- Nessun trauma grave .....
- Lesioni del ginocchio .....
- Traumi cranici .....
- Fratture (in quali sedi?) .....
- Distorsioni (in quali sedi?) .....

### NON PORTA OCCHIALI

- PORTA OCCHIALI PER:     Miopia     Astigmatismo     Ipermetropia     Leggere     Strabismo

### DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA SI SONO MANIFESTATI, ALMENO UNA VOLTA, I SEGUENTI DISTURBI:

- Nessuno     Palpitazioni     Vertigini     Svenimenti     Crisi respiratorie     Dolore toracico
- Altri .....
- Per prevenirli attua i seguenti provvedimenti: .....

USA REGOLARMENTE DEI FARMACI?     No     Sì (quali?) .....

### IMPORTANTE: DATARE E FIRMARE IL SEGUENTE RIQUADRO

Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato il medico nel modo più completo e veritiero per quanto chiestogli sopra. Dichiara di avere pienamente recepito i rischi e i benefici di eventuali accertamenti richiesti. Dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'équipe medico-sportiva e dei collaboratori di questo ambulatorio (documento stilato nel rispetto della legge 675/96).

Data .....

Firma .....