

Ambulatorio di Medicina dello Sport  
Scheda di registrazione dell'Anamnesi del Paziente

Sezione di competenza del Paziente 

Cognome	Nome		
Luogo di Nascita	Data di Nascita / /	Sesso	
Indirizzo	Città	CAP	Provincia
Num Doc di Identità	Cod Fiscale		
E-Mail	Telefono		
Tipo Sport	Società Sportiva		
Tipo Sport	Società Sportiva		
Sport agonistico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altezza	Peso	

Sezione di competenza del Medico 

Costituzione	<input type="checkbox"/> Gracile	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Sovrappeso	<input type="checkbox"/> Obeso
Trofismo muscolare	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
Circolazione	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
Apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
Apparato osteoarticolare	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
Acuità visiva	Occhio SX		Occhio DX	
Senso cromatico	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
Addome	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
Esame urine	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
I.R.I. Test (rilevato sui 30 secondi)	Pulsazioni			
ECG a riposo	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
ECG dopo sforzo	<input type="checkbox"/> Nella norma	<input type="checkbox"/> Altro		
Pressione Arteriosa a riposo	Mm hg	Mm hg		
Pressione Arteriosa dopo sforzo	Mm hg	Mm hg		
Spirometria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Vedi allegato	

Note

Validità certificato mesi

Firma del Medico



Ambulatorio di Medicina dello Sport  
**Anamnesi Patologica prossima e remota dell'atleta**

Sezione di competenza del Paziente 

Vaccinazione antitetanica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Fumo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note (sigarette al dì)
Alcolici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note (bicchieri al dì)
Superalcolici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note (bicchieri al dì)
Caffè	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note (tazzine al dì)
Vertigini	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Cardiopatie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Encefalopatie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Disturbi Visivi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Traumi cranici/commotivi/toracici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Disfunzioni endocrine/tiroide	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Malattie renali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Uso di farmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, quali
Ricoveri recenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, motivo
Dolore toracico sotto sforzo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Allergie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, quali
Crisi asmatiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Malattie infettive (escluse esantematiche)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Palpitazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Svenimenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note
Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Note

Diabete mellito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------	-----------------------------	-----------------------------

Note
------

Crisi convulsive (epilessia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Note
------

Malattie sistema nervoso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Note
------

Mai dichiarato NON idoneo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

⚠ Se SI, è necessario indicare il motivo
--

### Anamnesi familiare (indicare parente prossimo)

### Sezione di competenza del Paziente

Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Parente
---------

Diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---------	-----------------------------	-----------------------------

Parente
---------

Malattie polmonari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--------------------	-----------------------------	-----------------------------

Parente
---------

Decessi improvvisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--------------------	-----------------------------	-----------------------------

Parente
---------

Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Parente
---------

Aneurismi aortici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-------------------	-----------------------------	-----------------------------

Parente
---------

(Altro)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---------	-----------------------------	-----------------------------

Parente
---------

(Altro)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---------	-----------------------------	-----------------------------

Parente
---------

Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle domande precedenti in maniera veritiera e completa, per quanto di propria conoscenza, di aver informato il medico con accuratezza e precisione in merito alle attuali condizioni psico-fisiche ed alle affezioni precedenti nonché agli infortuni eventualmente occorsigli, di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive, di non fare abuso di alcolici e di non utilizzare neppure in modo saltuario sostanze stupefacenti, dopanti o pseudo-dopanti (se non per fini terapeutici sotto prescrizione medica)

Firma del Dichiarante o del Tutore Legale (se minorenni)

Ambulatorio di Medicina dello Sport  
**Valutazione clinica del grado di tolleranza allo sforzo fisico**  
**CONSENSO INFORMATO**

Sezione di competenza del Paziente 

**NOZIONI GENERALI**

E' una prova che serve ad evidenziare la risposta dell'apparato cardiocircolatorio allo sforzo fisico ed eventuali suoi difetti.

**COME SI SVOLGE L'ESAME**

L'utente viene prima sottoposto a spirometria e poi ad elettrocardiogramma a riposo dal quale si può evidenziare la presenza di eventuali patologie che possono controindicare il prosieguo dell'esame dal punto di vista medico. Successivamente dovrà eseguire uno sforzo che, secondo le normative di legge, prevede l'esecuzione di un esercizio di salita e discesa su gradino, di misura prestabilita, per la durata di tre minuti oppure di pedalata con cicloergometro fino al raggiungimento dello sforzo. Al termine dell'esercizio viene eseguito un elettrocardiogramma (dopo sforzo) che deve essere registrato entro il 1° minuto successivo, quindi entro il 2° minuto viene registrato l'I.R.I. test per un tempo di 30 secondi

**INDICAZIONI AL TEST**

Il test di valutazione è un esame obbligatorio previsto dal D.M. del 18.02.1982, per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica

**RISCHI POSSIBILI**

Tale esame non è esente da complicanze anche se eseguito con diligenza e prudenza. Durante la prova la persona dovrà tempestivamente avvertire della comparsa di dolore toracico, senso di vertigini, debolezza, malessere generale, poiché questi segni possono essere indicativi di uno stato di pericolo. Sono comunque a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto per affrontare tali situazioni

**CONTROINDICAZIONI**

Il test da sforzo è controindicato per gli atleti con problemi cardiovascolari in atto. Durante la prova infatti si realizza un aumento del sovraccarico emodinamico sul cuore o sul sistema cardiovascolare, come conseguenza di un aumento della portata cardiaca e della pressione arteriosa o dell'aumento della temperatura del corpo

**Accettazione e Firma per pazienti Maggiorenni**

Acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal D.M. 18-02-1982 che, nel caso di prova agonistica, comprendono anche: spirometria, ECG sotto sforzo. Acconsento inoltre a sottopormi ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura. Acconsento all'archiviazione dei dati relativi alla mia visita di idoneità ed al loro trattamento in forma rigorosamente anonima per scopi scientifici e di ricerca. Dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui relativi rischi.

Data e Firma

**Accettazione e Firma per pazienti Minorenni**

(Genitore)

Nome

(Genitore)

Cognome

(Minore)

Nome

(Minore)

Cognome

Data e Firma

Acconsento che mio figlio/a sia sottoposto/a alla seguente procedura che comprende anche: spirometria, ECG sotto sforzo. Acconsento inoltre a che mio figlio/a sia sottoposto ad eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e dopo la realizzazione della procedura. Acconsento all'archiviazione dei dati relativi alla visita di idoneità ed al loro trattamento in forma rigorosamente anonima per scopi scientifici e di ricerca. Dichiaro di essere stato/a informato/a sul tipo di strumenti che verranno impiegati, sul metodo operativo e sui relativi rischi.