



SCHEDA ANAMNESTICA DELL'ATLETA AGONISTA

Questa scheda è strettamente personale e deve essere compilata e firmata dall'atleta (o da uno dei genitori in caso di atleta minorenni)

Cognome e Nome _____ Documento identità n° _____
Nato il _____ a _____ Prov. _____ Residente a _____
Prov. _____ Indirizzo _____ tel. _____
Attività lavorativa _____ Scolarità _____
Sport agonistico per cui si richiede la visita _____
Società sportiva _____ Anno di inizio attività agonistica _____
Eventuali periodi d'interruzione dell'attività agonistica e motivo _____
L'allenamento si svolge nei seguenti giorni : _____ per un totale di ore/settimana n. _____
Altri sport praticati attualmente _____ per un totale di ore/settimana n. _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

	Vivente		Età attuale o di morte	Malattie ed eventuale causa di morte
Nonno P	SI	NO	_____	_____
Nonna P	SI	NO	_____	_____
Nonno M	SI	NO	_____	_____
Nonna M	SI	NO	_____	_____
Padre	SI	NO	_____	_____
Madre	SI	NO	_____	_____
Fratello	SI	NO	_____	_____
Fratello	SI	NO	_____	_____
Sorella	SI	NO	_____	_____
Sorella	SI	NO	_____	_____
_____	SI	NO	_____	_____
_____	SI	NO	_____	_____

Leggere attentamente le malattie sottostanti e nel caso uno dei familiari soffra o abbia sofferto di una qualunque delle malattie riportate barrare il sì

MALATTIE DI CUOR	SI NO	MALATTIE POLMONARI	SI NO	EPILESSIA	SI NO
ICTUS (PARALISI	SI NO	ASMA BRONCHIALE	SI NO	TUMORI	SI NO
MORTE IMPROVVISA	SI NO	ALLERGIA	SI NO	ULCERA	SI NO
COLESTEROLO ALTO	SI NO	MALATTIE RENALI	SI NO	MALATTIE GENETICHE	SI NO
DIABETE	SI NO	MALATTIE DEL SANGUE	SI NO	MALATTIE AUTOIMMUNI	SI NO
IPERTENSIONE	SI NO	MALATTIE NERVOSE	SI NO		
OBESITA'	SI NO	MALATTIE TIROIDEE	SI NO		
ALTRE MALATTIE	_____				

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Quante sigarette fuma al giorno ? _____ da quanti anni ? _____ in passato fumava ? _____ da quanti anni ha smesso ? _____
Quanto vino e/o birra beve al giorno ? _____ 0 litri _____ meno di 0.5 litri _____ da 0.5 a 1 litro _____ oltre 1 litro
Quanti caffè beve al giorno ? _____ 0 caffè _____ 1-3 caffè _____ da 3-5 caffè _____ oltre 5 caffè
Atleta di sesso femminile : età prima mestruazione _____ data ultima mestruazione _____

Soffre di disturbi del ciclo ? SI NO

Assume anticoncezionali ? SI NO

Le è mai stato riscontrato durante una visita medica:

MALATTIA CARDIACA

SI NO

SOFFIO CARDIACO

SI NO

IPERTENSIONE ARTERIOSA

SI NO

ARITMIE CARDIACHE

SI NO

ALTRO

SI NO

Sente attualmente o ha mai accusato nel passato qualcuno dei seguenti disturbi a riposo o durante la sport ?

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO

SI NO

CUORE CHE BATTE IN MANIERA IRREGOLARE

SI NO

SVENIMENTO-SINCOPI

SI NO

CAPOGIRI

SI NO

DIFFICOLTA' DI RESPIRO

SI NO

AFFATICAMENTO SPROPORZIONATO ALLO SFORZO

SI NO

ALTRI SINTOMI

SI NO

Soffre o ha mai sofferto di :

FREQUENTI TONSILLITI SI NO MALATTIE INTESINALI SI NO

MALATTIE DELLA TIROIDE SI NO

MALATTIA REUMATICA SI NO EPATITE VIRALE SI NO

CEFALEA FREQUENTE SI NO

FREQUENTI OTITI SI NO

ULCERA SI NO

EPILESSIA SI NO

FREQUENTI SINUSITI SI NO

CALCOLI SI NO

SCOLIOSI SI NO

BRONCOPOLMONITI SI NO

MALATTIE RENALI SI NO

FRATTURE SI NO

PLEURITE SI NO

SANGUE NELLE URINE SI NO

LUSSAZIONI SI NO

TUBERCOLOSI SI NO

INFEZIONI URINARIE SI NO

GRAVI DISTORSIONI SI NO

ASMA BRONCHIALE SI NO

MALATTIE DEL SANGUE SI NO

GRAVI STRAPPI MUSCOL. SI NO

BRONCHITI ASMATICHE SI NO

ANEMIA SI NO

LESIONI MENISCALI SI NO

ASMA DA SFORZO SI NO

MALATTIE CUTANEE SI NO

ESIONI LEGAMENTI SI NO

RINITI ALLERGICHE SI NO

GRAVI PROBL. DENTARI SI NO

GRAVI TENDINITI SI NO

ALTRE ALLERGIE SI NO

DIABETE SI NO

PUBALGIA SI NO

MENINGITE SI NO

COLESTEROLO ELEVATO SI NO

TRAUMA CRANICO SI NO

MONONUCLEOSI SI NO

TRIGLICERIDI ELEVATI SI NO

ALTRI GRAVI TRAUMI SI NO

BRUCIORI DI STOMACO SI NO

DIGESTIONE LENTA SI NO

STITICHEZZA SI NO

ANSIA SI NO

INSONNIA SI NO

ALTRO _____

E' mai stato operato ? SI NO Se si indicate il tipo di intervento chirurgico _____

Attualmente sta assumendo farmaci, integratori alimentari, vitamine, fitofarmaci ?

SI NO

Se SI specificare quali e a quale dosaggio _____

Fa uso di occhiali e/o di lenti a contatto

SI NO

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 23/06/86 :

Il sottoscritto _____ dichiara di : ☐ essere ☐ non essere

stato sottoposto a precedenti visite medico sportive. A seguito dell'ultima visita medico sportiva, eseguita nell'anno _____ presso _____ ☐ sono ☐ non sono stato dichiarato idoneo alla pratica

agonistica dello sport _____ Dichiaro sotto la mia responsabilità, pena la nullità dell'atto, che le notizie da me fornite con la presente scheda sono complete e veritiere.

data firma dell'atleta (se maggiorenne)

data firma del primo genitore

data firma del secondo genitore



DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA
AGONISTICA
PER ATLETI MINORENNI

Il/la sottoscritto/a nato/a a il avente la

responsabilità genitoriale sul minore

nato a il
delega

il/la Sig./ra nato/a il

ad accompagnare con piena responsabilità il già citato minore alla visita medico sportiva e di ricevere le successive informazioni sanitarie

data firma del primo genitore

data firma del secondo genitore

data firma del Delegato

Si allega copia del documento del/dei delegante/i e del delegato



AUTOCERTIFICAZIONE PER VISITA MEDICO-SPORTIVA

Il sottoscritto/a Nato/a

A il

Residente a Provincia

Via n°

Codice Fiscale

**Dichiara di praticare a livello agonistico, in modo
individuale, lo sport**

ATLETICA LEGGERA

e di necessitare della certificazione di idoneità allo sport agonistico

Data

Firma



RICHIESTA DI VISITA MEDICO – SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. Sanità 18.02.1982)

Data _____

La Società sportiva A.S.D. FAVARO 1948

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale F.I.G.C.

e/o all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto C.O.N.I. con codice n. 57917 | | | |

chiede per il proprio atleta _____

nato a _____ il _____

abitante a _____ via _____ n. _____

la visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

☐ prima affiliazione ☐ rinnovo

Per prima affiliazione si intende la prima visita in assoluto dell'atleta richiesta per qualsiasi sport, tutte le successive anche per sport diversi sono da considerarsi rinnovi.



Firma del presidente e timbro della società

Modalità di prenotazione della visita

1. **Di persona:** presso le casse delle sedi ospedaliere di Noale, Dolo e Chioggia e delle sedi distrettuali di Favaro e Venezia
2. **Telefonando al CUP aziendale:** per il **Distretto Venezia e Mestre** 041 8897908, da lunedì a venerdì ore 8.00 – 18.00, sabato ore 8.00 – 12.00; per il **Distretto Dolo-MiranoNoale** 041 5103520, da lunedì a venerdì ore 8.00 – 19.00, sabato ore 9.00 – 12.00; per il **Distretto di Chioggia** 048.800.997 da lunedì a venerdì, ore 8.00 -17.00, sabato ore 8.00 – 12.00.

Importante

La prenotazione della visita di idoneità agonistica può essere fatta con largo anticipo.

L'appuntamento per la visita, però, non può essere fissato prima di 30 giorni dalla scadenza del precedente certificato.

Come da disposizioni regionali, le assenze per le quali non sia pervenuta disdetta telefonando allo 800075580 entro le 48 ore precedenti la data fissata per l'appuntamento, saranno soggette all'addebito della tariffa (DGR 600/2007).