

DA COMPIRE CON I DATI DI CHI EFFETTUA LA VISITA

Costermano sul Garda,.....

COGNOME:..... NOME:.....

NATO a..... il.....

INDIRIZZO DI RESIDENZA: città/paese

Via..... N°

N° Carta d'identità o Patente..... Società dove pratica sport:

Sport per cui è richiesta la visita.....

Telefono..... Email.....

ANAMNESI

FAMILIARE (grado di parentela di primo grado) uno o più componenti della famiglia soffre/ha sofferto di:

- Malattie cardiovascolari (es. morte improvvisa giovanile, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa)
no sì

- Malattie sistema endocrino metabolico (es. diabete, distiroidismi)

no sì

Altro.....

ANAMNESI PERSONALE

FISIOLOGICA

Fumo no sì..... Alcool no sì.....

Farmaci no sì.....

Altro.....

PATOLOGICA:

Comuni esantemi dell'infanzia (morbillo, rosolia, varicella, parotite, altre.....) no sì

epatite virale: no sì tipo..... età..... Febbri reumatiche: no si

Malattie app. respiratorio (es. asma bronchiale, polmonite) no sì.....

Allergie no sì.....

Epilessia no sì.....

Sintomi cardiovascolari (es. lipotimia, sincope, cardiopalmo, precordialgia) no sì

Altro.....

Interventi chirurgici no sì Tipo ed età.....

.....

.....

Infortuni (fratture ossee, traumi cranici, lussazioni) no sì.....

.....

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge.

Firma del dichiarante / se minore firma di un genitore o di chi ne farà le veci

.....

NON COMPILARE, a cura del medico

ESAME OBIETTIVO

Peso (Kg)..... Statura(cm).....Trofismo: Buono

Apparato osteo-articolare: Integro

Torace e apparato respiratorio: Normoespanso; MV su tutto l'ambito

Apparato cardiocircolatorio: Toni validi Pause libere Non rumori patologici aggiunti

Eusfigmia polsi periferici Non soffi carotidei Soffio.....

PAO a riposo (mmHg):..... FC (bpm).....

Addome e organi genitali: Trattabile; fegato e milza nei limiti; n.d.p.

Acuità visiva naturale OD/10 OS...../10

corretta OD/10 OS...../10

Senso cromatico e stereoscopico.....

Udito: Normoacusia

Conclusioni esame obiettivo: Nei limiti di norma

Firma del medico visitatore

ELETTROCARDIOGRAMMA

ECG a riposo: Frequenza media..... PQ..... QT.....

ECG dopo sforzo: Frequenza media..... PQ..... Qt.....

IRI:.....

Referto:.....

Firma del cardiologo

SPIROMETRIA

Capacità vitale CV.....L (norm.....)

Volume espir. max 1° sec FEV1.....L (norm.....)

Indice di Tiffeneau FEV1/CV.....% (norm.....)

ESAME DELLE URINE

Eventuale controllo Eventuale controllo

Data..... Data.....

Esito..... Esito..... Esito.....

ESAME NEUROLOGICO: Negativo

ESAME ORL: Negativo

Note.....

GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'atleta, all'atto della visita, non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica agonistica dello sport:.....

per il periodo di: 1 anno 2 anni

li,.....

(timbro e firma del medico)