

S.C. CARDIOVASCOLARE E MEDICINA DELLO SPORT

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda

Ambulatorio di Medicina dello Sport – Via Scipio Slataper 9 – 34125 Trieste
Tel. 040-3992039 (segreteria telefonica) - Fax 040-3992935 - E-mail: medicina.sport@asuvs.sanita.fvg.it
Medici Referenti dott.ssa Irena Tavčar (Responsabile), dott.ssa Arianna Ius, dott. Osvaldo Palombella

RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M: Sanità 18.02.1982)

Da riconsegnare insieme all'esame urine prima della visita

La Società Sportiva A.S.D. ILYDANCE STUDIO
con sede in VIA SAN POLO 19 – 34074 MONFALCONE (GO)
E-mail info@ilydancestudio.it telefono n° 3466864653 fax n° _____
nella persona del suo legale rappresentante Sig./a DRI MICHAEL
residente a MONFALCONE Via/Piazza ALBONA n° 9
telefono 3466864653, affiliata all'Ente di Promozione Sportiva Riconosciuto ACSI
dal 09/09/2020 con codice n° 12114

CHIEDE Per il proprio atleta

nato a _____ il ____ / ____ / ____
abitante a _____ Via/Piazza _____ n° _____

Una visita medico - sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport :

prima visita **rinnovo**

Tessera sanitaria n° _____

Codice Fiscale _____

Firma del presidente e timbro della società

Trieste, ____ / ____ / ____

ASD ILYDANCE STUDIO
Via San Polo, 19
34074 MONFALCONE (GO)
C.F. 90036750315
P.IVA 01175130317

N.B. 1) La richiesta non può essere presentata prima di 30 gg. dalla scadenza del certificato precedente. Compilare la richiesta con carattere a stampatello, timbro e firma in originale.

2) Per alcuni sport (automobilismo, motociclismo, sci slalom e discesa libera, tuffi, pugilati, subacquei, ecc), sono previsti alcuni esami specialistici aggiuntivi, che vanno eseguiti **PRIMA** della visita di Idoneità allo Sport Agonistico.

Leggere attentamente il modulo informativo "Idoneità Agonistica" e "Informazioni Utili", presenti sul sito dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (www.asugi.sanita.fvg.it) → sezione "**Modulistica**" → "**Ambulatorio Medicina dello Sport**") o disponibili presso l'Ambulatorio di Medicina dello Sport, Via Scipio Slataper 9

S.C. CENTRO CARDIOVASCOLARE E MEDICINA DELLO SPORT

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda
 Ambulatorio di Medicina dello Sport – Via Scipio Slataper 9 – 34125 Trieste
 Tel. 040-3992039 (segreteria telefonica) - Fax 040-3992935 - E-mail: medicina.sport@asuits.sanita.fvg.it
 Medici Referenti dott.ssa Irena Tavčar (Responsabile), dott.ssa Arianna Ius, dott. Osvaldo Palombella

SCHEDA ANAMNESTICA

Cognome: Nome: D.N.: .. / .. / ..
 Tel: Attività di studio/lavoro:

A. ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita? Società:
 Da quanti anni pratica questo sport? Quante ore dedica allo sport alla settimana?
 Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica?
 Sport praticati in passato:
 Prima visita Rinnovo E' stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? Si No

B. ANAMNESI FAMILIARE

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)
 C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Celiachia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Cardiomiopatie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Iperensione	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Obesità	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie polmonari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

.....

C. ANAMNESI FISIOLGICA

È nato a termine SI NO da parto naturale SI NO Allattamento al seno SI NO
 Consuma frutta e verdura raramente 2-3/sett. 4-5/sett. ogni giorno
 Vaccinazione antitetanica NO NON SO SI ultimo richiamo:
 Fuma NO EX SI Se **si**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo
 Beve alcolici MAI saltuariamente SI quanto?
 Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO SI quanto?
 Età prima mestruazione anni Data ultima mestruazione / /
 Anomalie del ciclo mestruale NO SI Gravidanze NO SI
 Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari NO SI
 Se **si**, quali
 Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO Normali Alterati:

.....

D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha attualmente qualche problema di salute? SI NO

Ha sempre goduto di buona salute? SI NO

Ha sofferto / Soffre di:

- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Allergie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Diabete mellito | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Colesterolo elevato | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Altre mal. respiratorie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie gastro-intestinali | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Otiti/Sinusiti | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie del fegato/vie biliari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Anemia | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie muscolo-scheletriche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Epilessia | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie neurologiche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Svenimenti | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie tiroidee | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie di cuore | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Altre malattie endocrine | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Palpitazioni | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Neoplasie (Tumori) | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Dolore toracico | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie psichiatriche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Vertigini | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie dei reni/vie urinarie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie oculari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Alterazioni alvo/diuresi | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Pressione elevata | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Disturbi del sonno | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

.....
.....

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO SI interventi chirurgici? NO SI

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età
.....
.....

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età
.....
.....

Usa occhiali/lenti a contatto NO SI motivo:

Usa plantari/talloniere NO SI motivo:

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e riferiti dallo stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico, di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti, di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute. Delego i dirigenti preposti della società o federazione sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità. Sono a conoscenza che eventuali copie dei certificati di idoneità devono venir richieste personalmente all'atto della visita medico-sportiva poiché, dopo l'archiviazione delle cartelle per i tempi legali, ciò non sarà più possibile.

Luogo e data.....

Firma del dichiarante.....

Se minore: il genitore.....

Legale rappresentante.....

Tutore.....

Esercente la potestà genitoriale.....