

RICHIESTA VISITA MEDICA SPORTIVA

L'ATLETA: Cognome..... Nome.....
Nato a il
Residente in Prov. C.A.P. Via
..... N° Telefono
Documento d'identità: Tipo..... N.....

CHIEDE Visita Medico Sportiva per rilascio certificato (segnare con una "X"):

- Idoneità pratica sportiva agonistica;**
 Idoneità pratica sportiva NON agonistica;
 Idoneità pratica di attività ludico-motoria;
 Idoneità pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (Art4 DM 24 Apr. 2013)
 Idoneità pratica sportiva agonistica per la partecipazione a concorso (Ministero difesa / Concorso accademia militare / arruolamento / ecc.)

PRATICA SPORTIVA

SEZIONE A CURA DELLA SOCIETA' SPORTIVA (Da compilarsi per richiesta certificato idoneità sportiva agonistica in convenzione con il S.S.R.)

LA SOCIETA' SPORTIVA

Sede Sociale: Via..... N°..... Città

..... C.A.P.

Telefono..... Fax.....

Codice Fiscale o Partita IVA della Società Sportiva

Codice Affiliazione Federale..... **Richiede che**

l'atleta, di cui sopra, venga sottoposto a visita di idoneità sportiva.

TIMBRO E FIRMA DEL RESPONSABILE

AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto (esercente la patria potestà sul minore) dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità.

FIRMA DELL'ATLETA (o del genitore in caso di utente minorenni)

ATTO DI CONSENSO INFORMATO

(SEZIONE DA COMPILARSI PER CERTIFICATO DI IDONEITA' DI TIPO AGONISTICO)

Il sottoscritto (cognome e nome dell'atleta) richiede di essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante test ergometrico al cicloergometro e/o STEP-TEST. Dichiara di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame. Dichiara altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiara di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

FIRMA DELL'ATLETA (o del genitore in caso di utente minorenni)

..... Data.....

DICHIARAZIONE DEL MEDICO INCARICATO DELL'INFORMATIVA AL PAZIENTE.

Io sottoscritto Dott. confermo e attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione della persona consenziente, che la stessa, a mio avviso, ha interamente compreso tutto quanto sopra esposto, punto per punto.

FIRMA DEL MEDICO

Data.....

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a nato/a il ___/___/___

REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data,

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante

Firma del medico responsabile

Revisione 2

Data: 18/07/2019

Approvato: DIR

FRIULI CORAM S.r.l.

Dir. San. Dott. Antonio Rampino

Istituzione Sanitaria Privata Accreditata:
Diagnostica per Immagini, Medicina di Laboratorio,
Cardiologia, Medicina dello Sport:
Decreto 899/SPS del 19/06/2018
Aut. San.: Ordinanza n. 23 del 22/12/2016
e Ordinanza n. 24 del 01/06/2018 ASUIUD

Via T. Ciconi, 10 (piano terra - 1° piano) 33100 Udine
tel. 0432 585211 fax 0432 585250
P.IVA, C.F., Iscr. Reg. Imp. 00268100302
Cap. Soc. € 100.000,00 I.V.
e-mail: info@coram.it

www.friulicoram.it



NOTA IMPORTANTE: le informazioni richieste nel seguente questionario sono da considerarsi di estrema importanza per la sicurezza dello sportivo al fine di permettere al medico di non trascurare elementi, clinici e non, utili alla corretta valutazione dello stato di salute. Si prega pertanto:

- di porre la massima attenzione nel rispondere alle domande
- di non considerare la compilazione del questionario una semplice formalità
- di chiedere delucidazioni al medico per qualsiasi dubbio dovesse sorgere.

RACCOLTA DATI ANMNESTICI

Sport per cui è stata richiesta la visita
 Prima visita Visita di rinnovo idoneità sportiva
 Se trattasi di visita di rinnovo, indicare anno ultima visita di idoneità sportiva.....
 Eventuali altri sport praticati

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Anamnesi familiare (genitori, fratelli, nonni, cugini, zii)

Diabete	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi
Asma	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi
Ipertensione Arteriosa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi
Morte improvvisa giovanile	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi
Cardiopatia ischemica od infarto	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	chi
Altro (specificare)			

Anamnesi fisiologica

Alimentazione	libera <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> regime dietetico in atto.....
Fumo	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> n. sigarette/die
Alcolici e superalcolici	Astemio <input type="checkbox"/>	Occasionale <input type="checkbox"/> Bevitore <input type="checkbox"/> Ex-bevitore <input type="checkbox"/>
Vaccinazione antitetanica	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> richiamo
Uso di farmaci	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
quali e perché		
Portatori di PACE MAKER	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Altro (specificare)		

Soffri o hai sofferto di malattie come:

Diabete	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Ipertensione arteriosa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Malattie neurologiche o epilessia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Malattie e/o aritmie cardiache	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Malattie renali	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Asma	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Allergie	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	quali
Interventi chirurgici subiti	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	quali
Infortuni rilevanti o fratture	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	quali
Traumi cranici	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
Altro			

SEZIONE PER UTENTI DI SESSO FEMMINILE

Gravidanze	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	quante
Data primo menarca			
Data ultima mestruazione			

Revisione 2	Data: 18/07/2019	Approvato: DIR
-------------	------------------	----------------

FRIULI CORAM S.r.l.
 Dir. San. Dott. Antonio Rampino

Istituzione Sanitaria Privata Accreditata:
 Diagnostica per Immagini, Medicina di Laboratorio,
 Cardiologia, Medicina dello Sport:
 Decreto 899/SPS del 19/06/2018
 Aut. San.: Ordinanza n. 23 del 22/12/2016
 e Ordinanza n. 24 del 01/06/2018 ASUIUD

Via T. Ciconi, 10 (piano terra - 1° piano) 33100 Udine
 tel. 0432 585211 fax 0432 585250
 P.IVA, C.F., Iscr. Reg. Imp. 00268100302
 Cap. Soc. € 100.000,00 I.V.
 e-mail: info@coram.it

www.friulicoram.it

