

Centro di Medicina dello Sport
46029 Suzzara (MN) - Via F. Mitterand, 3 Tel. 0376 508303 Fax 0376 530156
Accr. con D.G.R 8119 del 1 ott. 2008

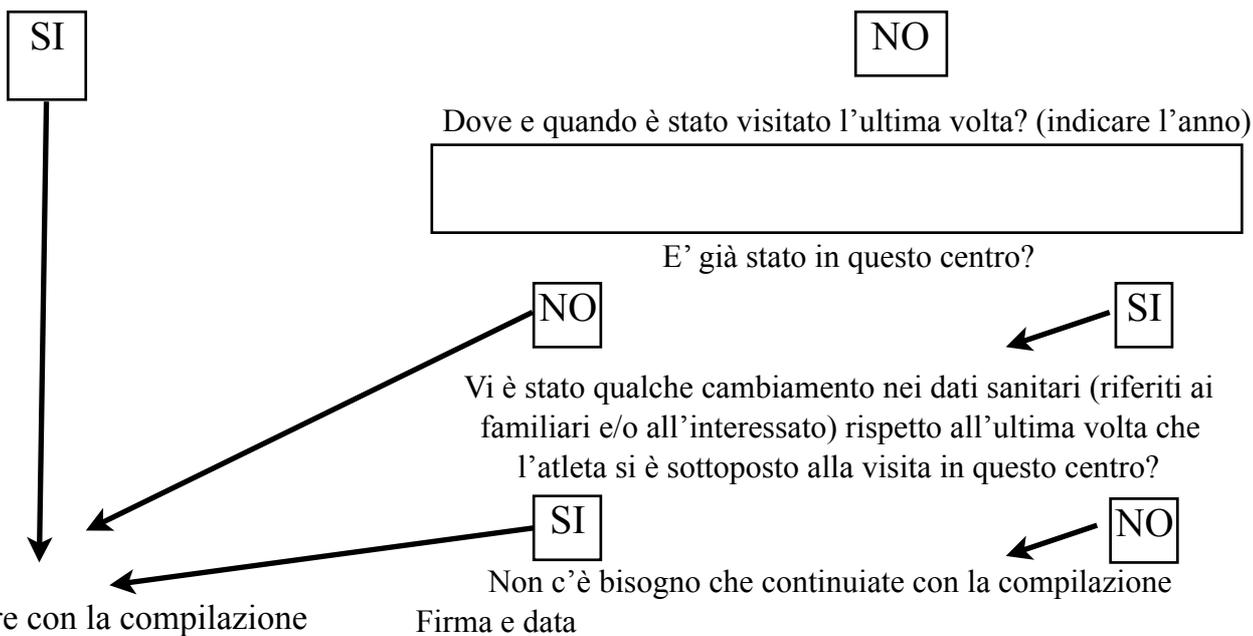
SCHEDA PER LA RACCOLTA ED IL RACCORDO DEI DATI SANITARI PER SOGGETTI MINORENNI

ATTENZIONE! questa scheda serve per portare a conoscenza del medico visitatore eventuali condizioni che possono limitare o controindicare una determinata attività sportiva agonistica: per questo è richiesta la massima cura nella sua compilazione.

DATI IDENTIFICATIVI DI CHI SI SOTTOPONE ALLA VISITA

COGNOME	NOME	NATO IL
---------	------	---------

E' LA PRIMA VOLTA CHE SI SOTTOPONE A UNA VISITA PER L'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO/NON AGONISTICO?



DATI RIFERITI AI FAMILIARI (genitori, fratelli, sorelle, zii, cugini, nonni)
QUALCUNO DEI FAMILIARI E' O E' STATO PORTATORE DI UNA QUALSIASI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI?

			descrivere il tipo	chi ce l'ha avuta
malattie del cuore (cardiopatie) di qualsiasi natura (angina pectoris, infarti, aritmie, cardiomiopatie MORTE IMPROVVISA etc)	SI	NO		
malattie delle valvole del cuore	SI	NO		
ipertensione arteriosa	SI	NO		
diabete mellito	SI	NO		
altre malattie	SI	NO		

DATI RIFERITI ALL'INTERESSATO

L'INTERESSATO E' O E' STATO PORTATORE DI UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE O CONDIZIONI?

			descrivere la malattia/condizione	da che anno?
malattie congenite al cuore	si	no		
malattie delle valvole del cuore	si	no		
cardiopatie di qualsiasi natura	si	no		
ipertensione arteriosa	si	no		
diabete mellito	si	no		
asma bronchiale	si	no		
malattia epilettica	si	no		
crisi convulsive	si	no		
allergia	si	no		
malattie del sangue	si	no		
malattie del sistema immunitario	si	no		
altre malattie o condizioni diverse da quelle in elenco	si	no		

L'INTERESSATO E' STATO RICOVERATO IN OSPEDALE?

SI

NO

	ANNO	IN QUALE OSPEDALE	PER CHE MOTIVO
1.			
2.			
3.			

L'INTERESSATO E' O E' STATO IN CURA CON DEI FARMACI (medicine)?

SI

NO

QUALI	
-------	--

DATI RIFERITI ALLA STORIA SPORTIVA

DA QUANTO TEMPO PRATICA LO SPORT PER IL QUALE RICHIEDE QUESTA VISITA?

HA FATTO ALTRI SPORT PRECEDENTEMENTE?

SI

NO

QUALI	
-------	--

L'INTERESSATO HA MAI RIFERITO O HA MAI DIMOSTRATO DI AVERE "DEI PROBLEMI" (es.: affanno respiratorio esagerato o insolito; palpitazione del cuore; dolore insolito nella zona del cuore) DURANTE L'ATTIVITA' FISICA CHE NORMALMENTE PRATICA O HA PRATICATO?

SI

NO

E' MAI "STATO MALE" (es. SVENIMENTO) DURANTE UNA GARA O PARTITA O COMPETIZIONE?

SI

NO

RICORDA

E' CONVENIENTE ALLEGARE ALLA PRESENTE **TUTTI I DOCUMENTI** SANITARI IN POSSESSO (referti, risposte di esami fatti, etc.) - se non già presentati in precedenza - PER FARLI VISIONARE AL MEDICO VISITATORE. IN CASO CONTRARIO SI SARA' COSTRETTI A RITORNARE PER CONSEGNARLI SUCCESSIVAMENTE!!!!!!

DATA				FIRMA DI UN GENITORE/TUTORE
------	--	--	--	-----------------------------