

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA
PER I PRATICANTI GLI SPORT DI CUI ALLA TABELLA ____

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____
residenza e/o domicilio in _____ Via _____ n. _____
documento d'identità _____
Sport per cui è stata richiesta la visita _____

ANAMNESI

Professione _____

Fumo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	se si quante sigarette al giorno		da anni	
Alcool	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	se si quantità al giorno		da anni	
Stupefacenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	se si modalità		da anni	

Hai qualche membro della famiglia o parente (genitori, nonni, fratelli, sorelle, zii) che:

ha o ha avuto problemi cardiaci: se si quali: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
morto per problemi cardiaci:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ipertensione arteriosa (pressione alta)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	malattie respiratoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	malattie del sangue	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
tumori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	malattie allergiche	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Hai mai avuto:

perdita dei sensi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	capogiri , vertigini	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
malessere, dolore al torace	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	problemi respiratori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
fiato corto o fatica a eccessiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo o che salti qualche battito (battiti irregolari-extrasistoli).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Un medico ti ha mai detto che hai:

qualsiasi problema cardiaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	infezione al cuore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
pressione arteriosa alta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	crisi convulsiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
colesterolo alto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
soffio al cuore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
aritmia cardiaca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	obesità	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Un medico ti ha mai ordinato:

elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ecocardiogramma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	holter	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------	---	-----------------	---	--------	---

Dichiaro di NON essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive di legge

Firma(o di chi fa le veci) _____

(area riservata al medico)

ESAME OBIETTIVO

Trofismo: scarso obeso sufficiente discreto ottimo: peso Kg _____ statura cm _____

Apparato locomotore: n.d.p./ _____

Torace e apparato respiratorio: n.d.p./ _____

Apparato cardiocircolatorio: n.p.d. soffio organico innocente toni patologici
p.a. a riposo _____/_____

Addome e organi genitali: n.d.p./ _____

Arti: n.d.p./ _____

Acuità visiva: naturale OD _____/10 OS _____/10

corretta OD _____/10 OS _____/10 **Obbligo di lenti** SI NO

Senso cromatico: normale/ _____

Udito: normale/ _____

Conclusioni esame obiettivo: normale/ _____

Firma del medico visitatore _____

ESAMI STRUMENTALE

ECG A RIPOSO: FC Media _____ bpm Intervallo PQ: _____ ms Intervallo QT: _____ ms (NP)

Ritmo sinusale Aritmia sinusale Alti voltaggi Tracciato nei limiti

Commento _____

ECG DA SFORZO (eseguire per sport Tabella B)

F.C. MAX _____ %FC MAX _____ (%) TA MAX ____/____ mmHg

Non aritmie rilevanti o alterazioni della ripolarizzazione significative per insufficienza coronarica

Commento _____

IRI:

<input type="checkbox"/> OTTIMO	<input type="checkbox"/> BUONO	<input type="checkbox"/> DISCRETO	<input type="checkbox"/> SUFFICIENTE	<input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE
---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--

Note _____

Firma del cardiologo _____

ESAME URINE:

<input type="checkbox"/> BATTERIURIA	<input type="checkbox"/> CRISTALLURIA	<input type="checkbox"/> MICROEMATURIA	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> OSSALATI DI CALCIO
<input type="checkbox"/> CRISTALLI AC URICO	<input type="checkbox"/> GLICOSURIA	<input type="checkbox"/> MICROPROTEINURIA	<input type="checkbox"/> NORMALE STICK	<input type="checkbox"/> PROTEINURIA

SPIROGRAFIA (eseguire per sport Tabella B)

Capacità vitale CV _____ l (norm. _____)

Volume espir. Max sec. VEMS _____ l (norm. _____)

Indice Tiffenau VEMS / CV _____ % (norm. _____)

Max ventil. Volont. MVV _____ l/min (norm. _____)

Conclusioni: normale/ _____

ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI

Elettroencefalogramma: normale/ _____

Esame neurologico: normale/ _____

Esame otorinolaringoiatrico _____

Audiometria: O.D. normale/ _____ O.S. normale/ _____

GIUDIZIO CONCLUSIVO:

Il soggetto è NON IDONEO IN OSSERVAZIONE per la seguente patologia:

<input type="checkbox"/> PATOL. CARDIOCIRC.	<input type="checkbox"/> PAT. APP. LOCOMOT.	<input type="checkbox"/> CARDIOPAT. ISCHEM.	<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/> VALVULOPATIA
<input type="checkbox"/> PATOL. RESPIRATOR.	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA ALTRE	<input type="checkbox"/> ARITMIA	<input type="checkbox"/> PROLASSO MITRALIC.	<input type="checkbox"/> CARDIOMIOPATIA

ACCERTAMENTI RICHIESTI:

ECOCARDIOGRAMMA ECG SEC. HOLTER CORONAROGRAFIA SCINTIGRAFIA

_____ Esito: normale/ _____

Si certifica che il soggetto è IDONEO alla pratica dello sport _____

Per il periodo di: 1 anno 2 anni _____

Li, _____

_____ (timbro e firma del medico)