

VISITE DI MEDICINA DELLO SPORT

Modulo anamnestico per l'accertamento di idoneità allo sport agonistico e non agonistico

Nome e Cognome _____ Data di nascita e luogo _____

Sport per cui si richiede il certificato _____ Società sportiva _____

Indirizzo di residenza _____ Contatto telefonico _____

Professione _____ Età compiuta _____

Documento di identità _____ Medico di base _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni)

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore.....SI	NO	Malattie polmonari.....SI	NO	Tumori.....SI	NO
Morte improvvisa.....SI	NO	Allergie.....SI	NO	Malattie renali.....SI	NO
Ipertensione arteriosa.....SI	NO	Asma.....SI	NO	Malattie del sangue.....SI	NO
Colesterolo, Diabete.....SI	NO	Ictus.....SI	NO	Malattie del fegato.....SI	NO

Altre malattie: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

In seguito ad una visita medica, le è mai stato riferito/diagnosticato:

Malattia di cuore.....SI	NO	Soffio al cuore.....SI	NO
Aritmie (battiti irregolari).....SI	NO	Ipertensione arteriosa.....SI	NO

Durante la sua vita ha mai accusato:

Dolore o costrizione al petto.....SI	NO
Svenimenti.....SI	NO
Cardiopalmò – tachicardia.....SI	NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco.....SI	NO

Durante e/o dopo lo sforzo fisico ha mai accusato:

Difficoltà respiratoria.....SI	NO
--------------------------------	----

E' mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici?.....SI NO Se SI, quali e per quale motivo?:

Ha mai accusato uno o più, tra i seguenti disturbi:

Fratture.....SI	NO	Strappi muscolari.....SI	NO	Traumi cranici.....SI	NO
Lussazioni.....SI	NO	Tendiniti/borsiti.....SI	NO	Dolori alla schiena.....SI	NO
Perdite di coscienza.....SI	NO	Pubalgia.....SI	NO	Distorsioni.....SI	NO

Altro _____

MALATTIE DELL'ATLETA:

Morbillo.....SI NO Asma.....SI NO Diabete.....SI NO



Varicella.....SI NO
 Parotite.....SI NO
 Rosolia.....SI NO
 Pertosse.....SI NO
 Febbre reumatica SI NO
 Tonsilliti.....SI NO
 Otitis.....SI NO
 Sinusiti.....SI NO
 Polmoniti.....SI NO
 Allergie.....SI NO
 Malattie tiroidee..SI NO

Asma da sforzo.....SI NO
 Eczema/orticaria.....SI NO
 Emorragie frequenti.....SI NO
 Cefalea.....SI NO
 Convulsioni.....SI NO
 Epilessia.....SI NO
 Malattie intestinali.....SI NO
 Gastrite- ulcera.....SI NO
 Calcoli.....SI NO
 Disturbi urinari.....SI NO
 Acido urico alto.....SI NO

Colesterolo alto.....SI NO
 Trigliceridi alti.....SI NO
 Epatite virale.....SI NO
 Mononucleosi.....SI NO
 Malattie genetiche.....SI NO
 Mal. Reumatologiche.....SI NO
 Altre malattie non presenti nella scheda:

Attualmente assume medicine?.....SI NO.....*se SI, quali e con quale modalità/dosaggio?*

E' mai stato/a sottoposto/a a interventi chirurgici?.....SI NO.....*se SI, quali e in quale anno?*

E' mai stato/a sottoposto/a a trattamenti o cure ortopediche con:

Ginnastica correttiva...SI NO

Busti.....SI NO Altro:_____

Gessi.....SI NO

Fa uso di occhiali o lenti a contatto?.....SI NO.....*se SI quali per quale disturbo?*

Miopia...SI NO Ipermetropia...SI NO Astigmatismo...SI NO Strabismo.....SI NO

E' mai stato sospeso/a dall'attività sportiva agonistica in seguito alla visita medico-sportiva?.....SI NO
*se SI, per quale motivo?*_____

Sesso femminile:

Età prima mestruazione _____ Soffre di disturbi del ciclo.....SI NO

Il sottoscritto/a (Genitore o persona munita di delega per i minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver' compreso il presente questionario in tutte le sue voci, e di avere informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie. Dichiara inoltre, che le notizie, fornite sul questionario, sono complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato "NON IDONEO" o di non essere attualmente "SOSPESO" da una qualsiasi struttura pubblica o privata di Medicina dello Sport. Dichiara di aver correttamente compreso le spiegazioni sul test da sforzo e di aver ottenuto dal personale medico e infermieristico tutti i chiarimenti richiesti.

FIRMA DELL'ATLETA
 (Firma del Genitore o tutore per i minorenni)

Luogo e data _____

Identità verificata da Reception

_____ (spazio riservato ad Idealmedica)

CONVENZIONI MEDICO SPORTIVE

Gentile Atleta,

Le ricordiamo che in base alla convenzione sottoscritta tra Idealmedica e la sua associazione sportiva, oltre alle visite medico sportive, ha diritto anche ad:

- Sconto del 10% sulle prestazioni di fisioterapia (effettuata anche tramite l'ausilio di apparecchiature elettromedicali)
- Visita ortopedica traumatologica: € 50,00
- Visita fisiatrice: € 79,00
- Visita medico posturale eseguita da medico chirurgo e comprensiva di test su pedana stabilometrica: € 130,00
- Visita nutrizionale per sportivi: € 70,00
- Visita odontoiatrica gratuita, estesa anche ai familiari
- Realizzazione di parodonti personalizzati (eventualmente anche con colori della squadra): sconto del 30%

Le ricordiamo inoltre che Idealmedica mette a disposizione numerose altre specialità mediche, oltre al servizio di ecografia e punto prelievi, come da carta dei servizi che le viene fornita unitamente al presente documento.

Per info e prenotazioni:

Telefono: 049-5897603

Whatsapp: 335-1385118

Email: info@idealmedica.it