

**RICHIESTA DI VISTA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA
(D.M. Sanità 18-02-1982)**

Data

La Società Sportiva

ASD UNITED FUTSAL VALLI

affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale

FIGC 951804 - FIPAV 060270215 (seleziona)

e/o all'ente di promozione sportiva riconosciuto

AICS

con codice n°

116049

chiede per il proprio atleta

Documento identità

nato a

il

Residente a

via

n°

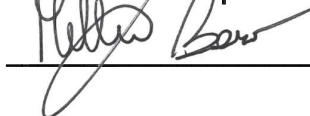
una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport- categoria

Prima affiliazione

rinnovo

Per prima affiliazione si intende la prima visita in assoluto dell'atleta richiesta per qualsiasi sport, tutte le successive anche per sport diversi sono da considerarsi rinnovi

Firma Presidente
Timbro Società Sportiva



**ASD UNITED
FUTSAL VALLI**

Piazza Natività n. 27 - 30015 Chioggia (VE)
P.IVA 04421620271 - C.F. 91023900276
Tel. 3493156477 - info@asdvallic5.it

Firma atleta
(o maggiore responsabile)

Delega per visita medico sportiva agonistica per atleti minorenni

Io sottoscritto/a nato/a..... il.....

avente la responsabilità genitoriale sul minore.....

nato/a a..... il

Delega il/la signora nato/a il.....

Ad accompagnare con piena responsabilità il già citato minore alla visita medico sportiva e di ricevere le successive informazioni sanitarie, si allega documento identità.

Firma genitore

ACCERTAMENTO PER L'IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT ANAMNESI FAMIGLIARE E PERSONALE

COGNOME E NOME DELL'ATLETA _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

indicare se i famigliari (**nonni, genitori, fratelli o sorelle**) sono o sono stati affetti da malattie:

Cardiache SI NO Ipertensione SI NO Diabete SI NO Tumori SI NO Asma SI NO

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Morbillo	SI NO	Polmonite	SI NO	Allergie	SI NO
Varicella	SI NO	Tonsilliti	SI NO	Svenimenti	SI NO
Rosolia	SI NO	Pleuriti	SI NO	Epilessia	SI NO
Orecchioni	SI NO	Reumatismo	SI NO	Diabete	SI NO
Pertosse	SI NO	Mal. Intestino	SI NO	Fratture	SI NO
Scarlattina	SI NO	Mal. Cuore	SI NO	Distorsioni	SI NO
Epatite Virale	SI NO	Trauma Cranico	SI NO	Lussazioni	SI NO
Otite	SI NO	Asma	SI NO	Anemia	SI NO
Sinusite	SI NO	Eczema	SI NO	Altro	SI NO

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille SI NO Adenoidi SI NO Ernie SI NO Appendice SI NO Altro _____

NOTIZIE PARTICOLARI SULLE PATOLOGIE RIFERITE

tipo, decorso, cure, esiti _____

E' guarito completamente? SI NO Disturbi rimasti _____

Stai facendo cure? SI NO Quali e per quale motivo _____

Usa occhiali o lenti a contatto? SI NO

FEMMINE

Prima mestruazione: età _____ data ultima mestruazione _____

TUTTI

Fuma? SI NO _____

Beve alcolici? SI NO _____

E' la prima visita medico sportiva? SI NO

E'un rinnovo di idoneità agonistica? SI NO

Sempre idoneo nelle visite precedenti? SI NO

Motivo della non idoneità _____

Il sottoscritto _____ (maggiorenne responsabile di _____) dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite sono complete e veritiere.

Firma Atleta
(o maggiore responsabile) _____

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI
TEST DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO**

LA PROVA DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO E' UN'INDAGINE CHE SERVE PER VALUTARE LO STATO DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE.

L'ESAME SI SVOLGE A TORACE NUDO SU BICICLETTA ERGONOMICA, CON GRADUALE AUMENTO DELLO SFORZO. DURANTE TUTTO L'ESAME VENGONO COSTANTEMENTE MONITORIZZATI ELETTROCARDIOGRAMMA E PRESSIONE ARTERIOSA.

IL TEST DA SFORZO E' UN ESAME COMUNEMENTE ESEGUITO; SI POSSONO VERIFICARE TUTTAVIA RARE COMPLICANZE: ECCESSIVE VARIAZIONI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA, SVENIMENTO, ALTERAZIONI DEL RITMO CARDIACO FINO AD ARRESTO CARDIACO. NELLA STRUTTURA SONO DISPONIBILI APPARECCHIATURE DI EMERGENZA, FARMACI E PERSONALE SPECIALIZZATO IN GRADO DI MINIMIZZARE I RISCHI.

AVVISARE SE DURANTE L'ESAME COMPAIONI DISTURBI, IN PARTICOLAR MODO:

- DIFFICOLTA' NELLA RESPIRAZIONE;
- DOLORE AL PETTO, ALLA MANDIBOLA E ALLE BRACCIA;
- PALPITAZIONI;
- SENSO DI MANCAMENTO;
- STANCHEZZA.

LETTA E COMPRESA LA DESCRIZIONE RIPORTATA SUL PRESENTE MODULO INFORMATIVO RELATIVA AGLI SCOPI, ALLA MODALITA' DI ESECUZIONE E ALLE POSSIBILI COMPLICANZE DI QUESTO ESAME, HO RICEVUTO CHIARIMENTI E RISPOSTE ESAURIENTI AD OGNI MIA DOMANDA.

IO SOTTOSCRITTO/A _____

GENITORE (o maggiorenne responsabile) DI : _____

NATO/A A: _____

IL: _____

A SEGUITO DELLE INFORMAZIONI RICEVUTE, ACCONSENTO VOLONTARIAMENTE AL TRATTAMENTO PROPOSTO E AD EVENTUALI MISURE TERAPEUTICHE CHE SI RENDESSERO NECESSARIE ED OPPORTUNE NEL CORSO O DOPO L'ESECUZIONE DELL'ESAME.

DATA: _____

FIRMA ATLETA: _____

FIRMA MEDICO: _____

DOTT. MORENO TORZONI
Specialista in Medicina dello Sport
e Radiodiagnostica
Ordine dei Medici AR n 1614
Fed. Medici Sportivi Italiani n. 12498