





## 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 ?

NO

dove e' stato visitato l'ultima volta

quando (indicare l'anno)

SI

ha mai fatto visite (dal curante o dal pediatra) per certificato di buona salute ?

SI

NO

(CONTINUARE NELLA COMPILAZIONE)

VI E' STATO QUALCHE CAMBIAMENTO NEI DATI SANITARI RISPETTO ALL'ULTIMA VOLTA CHE L'INTERESSATO SI E' SOTTOPOSTO A VISITA ?

SI

(CONTINUARE CON LA COMPILAZIONE)

NO

**STOP**

NON C'E' BISOGNO DI CONTINUARE CON LA COMPILAZIONE

DATA

FIRMA DI UN GENITORE

**RACCOLTA DATI SANITARI**

### DATI RIFERITI AI FAMILIARI :

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; infarto; 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

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

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; palpitazioni del cuore; dolore insolito nella zona del cuore) DURANTE L'ATTIVITA' FISICA CHE NORMALMENTE PRATICA O HA PRATICATO ?

 SI  NO

QUALI	
-------	--

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 CONSEGNAIRLI SUCCESSIVAMENTE !!

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