

Cognome e Nome		Data di nascita	Sport praticato		
SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA NON AGONISTICA					
Precedente visita medico-sportiva non agonistica					
Anno:	<input type="checkbox"/> idoneo	<input type="checkbox"/> richiesta di accertamenti, quali?		<input type="checkbox"/> non idoneo	
Anamnesi familiare		genitori	fratelli/sorelle	nonni/e	zii/zie
Morte improvvisa cardiaca giovanile (< 50 anni):	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si
Infarto /cardiopatie:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si
Ictus cerebrale:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si
Ipertensione arteriosa:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si
Diabete:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si
Colesterolo elevato:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> si
Anamnesi personale					
Fumo:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> ex	
Alcolici:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> ogni giorno		
Anamnesi patologica					
Patologie presenti o passate:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, quali?			
Terapia farmacologica quotidiana/cronica:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, quale?			
Traumi presenti o passati:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, quali?			
Interventi o procedure interventistiche:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, quali?			
Sintomi durante o subito dopo lo sforzo fisico					
Battito cardiaco irregolare:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
Tachicardia improvvisa:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
Dolore toracico:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
Perdita di coscienza:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
Crisi respiratoria (dispnea):	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si			
Altro:					

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali, dichiaro di aver preso visione dell'Informativa completa disponibile sul sito web e acconsento al trattamento, anche elettronico, dei miei dati anamnestici e personali, finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e delle procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver fornito al medico dati anamnestici completi e veritieri e di non essere mai stato/a giudicato/a non idoneo/a in precedenti visite medico-sportive, né di avere attualmente in corso visite medico-sportive presso altre strutture.

**Firma del dichiarante
(o di un genitore/tutore per il minore)**

Padova, li ____/____/____

DA COMPILARSI CON I DATI DEL GENITORE/TUTORE SE L'ATLETA È MINORENNE

Il/La sottoscritto/a dichiara di esercitare la responsabilità genitoriale sul minore di cui si richiede la certificazione di idoneità sportiva.

Cognome_____

Nome_____

Codice
Fiscale_____

Padova, li ____/____/____

Firma_____

Rilievi odierni (da compilarsi a cura del Medico)

P.A.:

Obiettività: