

Le è mai stato riscontrato durante una visita medica ?

MALATTIA CARDIACA SI NO
SOFFIO CARDIACO SI NO
IPERTENSIONE ARTERIOSA SI NO
ARITMIE CARDIACHE SI NO

Sente attualmente, o ha mai accusato nel passato, alcuni dei seguenti disturbi durante la pratica dell'attività sportiva ?

CAPOGIRI SI NO DIFFICOLTA' DI RESPIRO SI NO
SVENIMENTI SI NO DOLORE O COSTRIZIONE AL PETTO SI NO
BATTITO CARDIACO IRREGOLARE SI NO

Ha mai eseguito i seguenti accertamenti cardiologici:

Ecocardiogramma SI NO
Holter ECG 24 ore SI NO
Test al cicloergometro SI NO
Attualmente è in cura con farmaci? SI NO

Se sì, quali e
per quale
motivo
.....

INTERVENTI CHIRURGICI:

nessuno appendice tonsille adenoidi ernia al disco
 altri quali?

TRAUMI DELL'APPARATO OSTEO-ARTICOLARE:

- Fratture SI NO se sì, quali:

- Distorsioni SI NO se sì, quali:

- Lesioni muscolari(strappi, stiramenti) SI NO se sì, quali:

- Lesioni ligamentose e meniscali SI NO se sì, quali:

RICOVERI IN OSPEDALE PER ALTRI MOTIVI:

Quali?

PRO-MEMORIA PER L'ATLETA

Al momento della visita medica dovrà presentarsi munito di tessera sanitaria e documento di identità, eventuale documentazione sanitaria (esami del sangue, lettere di dimissioni ospedaliere, esiti di visite specialistiche, ecc.). Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente.

E', inoltre, buona norma arrivare alla visita in ottimali condizioni di pulizia personale.

Informato sulle modalità di esecuzione della visita medica e degli accertamenti previsti dalla normativa in vigore per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica, acconsento a sottoporre l'atleta alla visita medico sportiva.

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 25694 DEL 20/6/86

Il/La sottoscritto/a dichiara che l'atleta sopraindicato è non è stato/a sottoposto/a a precedenti visite medico sportive e che le notizie date nel presente questionario sono complete e veritiere. DICHIARA, inoltre, che l'atleta non ha accertamenti in sospeso relativi a tali visite presso altre strutture pubbliche o private.

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 196/2003 AUTORIZZA, in qualità di legale rappresentante, il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e la comunicazione dei dati stessi ai soggetti ivi indicati.

_____ Data

_____ firma dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minori

Dipartimento di Prevenzione SERVIZIO MEDICINA LEGALE E NECROSCOPICA Responsabile dott. Luciano Pullano Colao
Centro Servizi Socio Sanitari " Guido de Rossignoli" via Cao del Mondo 1 35012 Camposampiero Pd
T. (+39) 049 9 9822119 Fax (+39) 049 9822114 direzione_ml@ulss15.pd.it