

46029 Suzzara (MN) - Via F. Mitterand, 3 Tel. 0376 508303 Fax 0376 530156

**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 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 AD UNA VISITA PER L'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO/
NON AGONISTICO?

NO

SI

dov'è stato visitato l'ultima volta?

quando (indicare l'anno)

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

SI NO

(CONTINUARE NELLA COMPILAZIONE)

DATI SANITARI RISPETTO ALL'ULTIMA VOLTA CHE L'INTERESSATO SI E' SOTTOPOSTO A VISITA?

SI

NO ⇒ **STOP**

SE LA RISPOSTA E' "SI" CONTINUARE CON LA COMPILAZIONE

SE LA RISPOSTA E' "NO" PROSEGUIRE UGUALMENTE SOLO SE L'ATLETA NON HA MAI FATTO VISITE IN QUESTO CENTRO, ALTRIMENTI STOP.

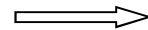
DATA FIRMA DI UN GENITORE

RACCOLTA DATI SANITARI

DATI RIFERITI AI FAMILIARI (genitori, nonni, zii, cugini, fratelli):

QUALCUNO DEI FAMILIARI E' O E' STATO PORTATORE DI UNA QUALSIASI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

	si	no	descrivere il tipo	chi ce l'ha avuta
malattie del cuore (cardiopatie) di qualsiasi natura (angina pectoris, infarto, aritmie, cardiomiopatie, morte improvvisa..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
malattie delle valvole del cuore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
diabete mellito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
altre malattie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**DATI RIFERITI ALL'INTERESSATO:**L'INTERESSATO E' O E' STATO PORATORE DI UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE O CONDIZIONI

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

L'INTERESSATO E' STATO RICOVERATO IN OSPEDALE? SI NO

ANNO	IN QUALE OSPEDALE	PER QUALE 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, palpitazione 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 presenti in precedenza - PER FARLI VISIONARE AL MEDICO VISITATORE. IN CASO CONTRARIO SI SARA' COSTRETTI A RITORNARE PER CONSEGNARLI SUCCESSIVAMENTE!!!

DATA

FIRMA DI UN GENITORE
