

**SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA**

**Dott. Calcagno Roberto**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Sport per cui è stata richiesta la visita \_\_\_\_\_

**ANAMNESI**

Professione \_\_\_\_\_

|  |                                  |  |         |  |
|--|----------------------------------|--|---------|--|
| Fumo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO         | se si quante sigarette al giorno |  | da anni |  |
| Alcool <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO       | se si quantità al giorno         |  | da anni |  |
| Stupefacenti <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | se si modalità                   |  | da anni |  |

**Hai qualche membro della famiglia o parente (genitori, nonni, fratelli, sorelle, zii) che:**

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| ha o ha avuto problemi cardiaci:<br>se si quali: _____ | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | morte improvvisa inaspettata o inspiegabile<br>prima dell'età di 50 anni: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| morto per problemi cardiaci:                           | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | asma  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ipertensione arteriosa (pressione<br>alta)             | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | malattie respiratoria   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| diabete  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | malattie del sangue   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| tumori   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | malattie allergiche   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**Un medico ti ha mai detto che hai:**

|                             |   |                  |   |
|-----------------------------|---|------------------|---|
| qualsiasi problema cardiaco | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | aritmia cardiaca | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| pressione arteriosa alta    | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | crisi convulsiva | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| colesterolo alto            | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | asma             | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| soffio al cuore             | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | diabete          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

**Un medico ti ha mai ordinato:**

|   |   |  |
|---|---|--|
| Elettrocardiogramma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Ecocardiogramma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Holter <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|---|---|--|

**Dichiaro di NON essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive di legge**

**Firma(o di chi fa le veci) \_\_\_\_\_**

(area riservata al medico)

**ESAME OBIETTIVO**

Trofismo:  scarso  obeso  sufficiente  discreto  ottimo: peso Kg \_\_\_\_\_ statura cm \_\_\_\_\_

Apparato locomotore:  n.d.p./  \_\_\_\_\_

Torace e apparato respiratorio:  n.d.p./  \_\_\_\_\_

Apparato cardiocircolatorio:  n.p.d.  soffio organico  innocente

toni patologici \_\_\_\_\_ p.a. a riposo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Addome e organi genitali:  n.d.p./  \_\_\_\_\_

Arti:  n.d.p./  \_\_\_\_\_

Acuità visiva: naturale OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10; corretta OD \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10

Obbligo di lenti  SI  NO

Senso cromatico:  normale/  \_\_\_\_\_

Udito:  normale/  \_\_\_\_\_

**Conclusioni esame obiettivo:**  normale/  \_\_\_\_\_

**ESAME URINE:**

NORMALE  NORMALE STICK  BATTERIURIA  GLICOSURIA  CRISTALLURIA

MICROEMATURIA  OSSALATI DI CALCIO  CRISTALLI AC URICO

MICROPROTEINURIA  PROTEINURIA  \_\_\_\_\_

**SI CERTIFICA CHE IL SOGGETTO È:**

**IDONEO** alla pratica dello sport \_\_\_\_\_

Per il periodo di:  1 anno  2 anni  \_\_\_\_\_

**NON IDONEO** per la seguente patologia: \_\_\_\_\_

Li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il Medico  
Dott. Roberto Calcagno  
Specialista in Medicina dello Sport