

**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: se si quali: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	morte improvvisa inaspettata o inspiegabile 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 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
---	---	--

**É risultato positivo ai test per il COVID-19?**  SI  NO  
**Se sì:**  ricovero ospedaliero  assunzione di farmaci **Tampone Negativo da:**  ≥ 30 giorni  < 30 giorni

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

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

**FISIODOM SRL – Iscrizione Albo Regionale B/419**

Via Cav. Vittorio Veneto 29 36100 Vicenza Tel./Fax 0444-570252 e-mail: [info@fisiodom.net](mailto:info@fisiodom.net)  
 Capitale Sociale 20.000,00€ i.v. REA n. VI-345069 C.F./P.I. Reg. Imprese VI n.03682080241

**(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

**FISIODOM SRL – Iscrizione Albo Regionale B/419**

Via Cav. Vittorio Veneto 29 36100 Vicenza Tel./Fax 0444-570252 e-mail: [info@fisiodom.net](mailto:info@fisiodom.net)  
Capitale Sociale 20.000,00€ i.v. REA n. VI-345069 C.F./P.I. Reg. Imprese VI n.03682080241