

**SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA  
DR. CALCAGNO ROBERTO**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Sport \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE. Parenti (genitori, nonni, fratelli) che soffrono o hanno sofferto di:**

Cardiopatía Ischemica (infarto, ictus, stent, bypass)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Morte Improvvisa Giovanile (prima dei 50 anni)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ipertensione arteriosa (pressione alta)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**ANAMNESI PERSONALE.**

Professione \_\_\_\_\_

<b>Fumo</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EX	<b>Alcool</b> <input type="checkbox"/> Abituale <input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> NO	<b>Caffè</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
n°/die		n°/die

**Soffri o hai mai sofferto di:**

Problemi cardiaci (infarto, ictus, stent, bypass)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Aritmie (palpitazioni, tachicardia, fibrillazione, extrasistoli)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ipertensione arteriosa (pressione alta)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Svenimenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asma e/o allergie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Hai mai subito ricoveri e/o interventi chirurgici:****Prendi farmaci:****Sei mai stato SOSPESO o dichiarato NON idoneo in precedenti visite medico-sportive?**  SI  NO  
**Ti sono mai stati richiesti ulteriori accertamenti?**  SI  NO**Dichiaro di NON essere mai stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite medico sportive e di non avere cartelle cliniche aperte presso altri Centri.**\_\_\_\_\_  
Firma dell'atleta (o di un genitore/tutore in caso di minore)

**(area riservata al medico)**

(Approfondimento anamnestico)

**ESAME OBIETTIVO**

Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

BMI:  sottopeso  normopeso  sovrappeso  obeso**P.A. Basale (mmHg)** \_\_\_\_\_Apparato cardiocircolatorio:  **ndp** /  \_\_\_\_\_Torace e apparato respiratorio:  **ndp** /  \_\_\_\_\_Apparato locomotore:  **ndp** /  \_\_\_\_\_Altro:  **ndp** /  \_\_\_\_\_

Visus naturale OD \_\_\_\_/10 OS \_\_\_\_/10; Visus corretto OD \_\_\_\_/10 OS \_\_\_\_/10

**Obbligo di lenti**  **SI**  **NO**Senso cromatico:  normale  discromatopsia \_\_\_\_\_Udito:  normale  ipoacusia  anacusia \_\_\_\_\_**Conclusioni esame obiettivo:**  normale  \_\_\_\_\_**ECG a riposo:**  nei limiti della norma  anormale  vd. allegato**ECG sotto sforzo:**  nei limiti della norma  anormale  vd. allegato**Spirometria:**  nei limiti della norma  anormale  vd. allegato**Esame urine:** NORMALE  EMATURIA  BATTERIURIA  PROTEINURIA  ALTRO \_\_\_\_\_ GLICOSURIA**CONCLUSIONI:** **IDONEO** alla pratica dello sport \_\_\_\_\_Per il periodo di:  1 anno  2 anni  \_\_\_\_\_ **SOSPESO** in attesa dei seguenti accertamenti: \_\_\_\_\_ **NON IDONEO** per la seguente patologia: \_\_\_\_\_

Vicenza, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dr. Calcagno Roberto  
Specialista in Medicina dello Sport