

**SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA  
PER I PRATICANTI GLI SPORT DI CUI ALLE TABELLE "A" e "B" del D.M. 18.02.1982**

**AGONISTICA**

**NON AGONISTICA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Documento: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ (scad. \_\_\_\_\_)  
Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Sport per cui è richiesta la visita \_\_\_\_\_  
Società sportiva \_\_\_\_\_

Esprimo, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva secondo modalità di cui specifica la normativa in materia.

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE (solo in caso di minore)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
esercitante la potestà su \_\_\_\_\_  
dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie/sue attuali condizioni psico-fisiche delle affezioni precedenti e di non essere mai stato/a dichiarato/a NON IDONEO in precedenti visite medico-sportive. Inoltre, mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e di non fare ricorso a sostanze e/o metodi dopanti. Do, inoltre, il mio consenso informato per gli accertamenti previsti e per gli eventuali accertamenti integrativi richiesti.

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

**Poliambulatorio Salese srl**

Tel. 041 8628298  
www.poliambulatoriosalese.it  
info@poliambulatoriosalese.it  
P. Iva 04613980277

**Direttore Sanitario**

**Dott. Schiavon Davide**  
Spec. in Ortopedia e  
Traumatologia

**Dove Siamo**

Via Cavin di Sala, 30  
Santa Maria di Sala  
(Venezia) – 30036

**ANAMNESI**

**SPORTIVA:**

Anno d'inizio \_\_\_\_\_ e numero di allenamenti settimanali \_\_\_\_\_  
altri sport praticati \_\_\_\_\_

**FAMILIARE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERSONALE FISIOLÓGICA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Fumo:  No  Si Quantità e Durata \_\_\_\_\_ Alcool:  No  Si Quantità \_\_\_\_\_

Farmaci:  No  Si Quali e periodicità \_\_\_\_\_

Ciclo mestruale:  Regolare  Non regolare

Menarca: \_\_\_\_\_ Ultima mestruazione: \_\_\_\_\_  In atto

**PERSONALE PATOLOGICA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Interventi chirurgici**

No

Si \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Traumi**

No

Si \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergie**

No

Si \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Poliambulatorio Salese srl**

Tel. 041 8628298  
www.poliambulatoriosalese.it  
info@poliambulatoriosalese.it  
P. Iva 04613980277

**Direttore Sanitario**

**Dott. Schiavon Davide**  
Spec. in Ortopedia e  
Traumatologia

**Dove Siamo**

Via Cavin di Sala, 30  
Santa Maria di Sala  
(Venezia) – 30036

**ESAME OBIETTIVO**

Condizioni generali \_\_\_\_\_ Trofismo \_\_\_\_\_  
Statura (cm) \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

**App. Locomotore**

Nella Norma

Altro: \_\_\_\_\_

**Torace ed App. Respiratorio**

Nella Norma

Altro: \_\_\_\_\_

**App. Digerente**

Addome:  Trattabile

Altro: \_\_\_\_\_

Organi splancnici:  Nella Norma

Altro: \_\_\_\_\_

**App. Urogenitale**

Nella Norma

Altro: \_\_\_\_\_

**App. Cardiovascolare**

PA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

**Acuità visiva**

Naturale OD \_\_\_\_ / 10 Naturale OS \_\_\_\_ / 10

Lenti  No  Si Occhiali  No  Si

Corretto OD \_\_\_\_ / 10 Corretto OS \_\_\_\_ / 10

Senso cromatico  Nella Norma Altro: \_\_\_\_\_

Percepisce i **suoni** sussurrati?  No  Si

**Esame Urine**  Nella Norma Altro: \_\_\_\_\_

**Spirometria**  Nella Norma Altro: \_\_\_\_\_

**Poliambulatorio Salese srl**

Tel. 041 8628298  
www.poliambulatoriosalese.it  
info@poliambulatoriosalese.it  
P. Iva 04613980277

**Direttore Sanitario**

**Dott. Schiavon Davide**  
Spec. in Ortopedia e  
Traumatologia

**Dove Siamo**

Via Cavin di Sala, 30  
Santa Maria di Sala  
(Venezia) – 30036

**ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI PORTATI DAL PAZIENTE ALLA VISITA**

Test ergometrico \_\_\_\_\_

Ecocardiogramma \_\_\_\_\_

Ecocardiogramma color doppler \_\_\_\_\_

ECG dinamico Holter 24h \_\_\_\_\_

Holter pressorio \_\_\_\_\_

Visita neurologica \_\_\_\_\_

Visita ORL \_\_\_\_\_

Visita oculistica \_\_\_\_\_

Altri esami \_\_\_\_\_

**ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI RICHIESTI**

Ecocardiogramma

ECG dinamico Holter 24h

Holter Pressorio

Visita Neurologica

Visita ORL

Visita oculistica

Altri esami \_\_\_\_\_

Motivo / Considerazioni \_\_\_\_\_

**GIUDIZIO CONCLUSIVO**

L'atleta all'atto della visita non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica

AGONISTICA dello sport: \_\_\_\_\_

NON AGONISTICA

per il periodo di:  mesi uno

mesi sei

mesi dodici

Santa Maria di Sala, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**IL MEDICO SPORTIVO**

\_\_\_\_\_

**Poliambulatorio Salese srl**

Tel. 041 8628298  
www.poliambulatoriosalese.it  
info@poliambulatoriosalese.it  
P. Iva 04613980277

**Direttore Sanitario**

**Dott. Schiavon Davide**  
Spec. in Ortopedia e  
Traumatologia

**Dove Siamo**

Via Cavin di Sala, 30  
Santa Maria di Sala  
(Venezia) – 30036