



### SCHEDA ANAMNISTICA PER VISITA SPORTIVA AGONISTICA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
Doc. id. n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

#### ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Sport per il quale è richiesta la visita: \_\_\_\_\_ Società: \_\_\_\_\_  
Da quanti anni pratica questo sport? \_\_\_\_\_ Quante ore dedica a questo sport alla settimana? \_\_\_\_\_  
Hai già fatto visite di idoneità agonistica? SI  NO  In che anno l'ultima? \_\_\_\_\_  
Ti è mai stata negata l'idoneità? SI  NO  Perché? \_\_\_\_\_  
Hai mai fatto accertamenti ulteriori? SI  NO  Quali e quando? \_\_\_\_\_  
Si è sottoposto a vaccinazione antitetanica? NO  NON SO  SI  ultimo richiamo: \_\_\_\_\_

#### ANAMNESI FAMILIARE (malattie presenti nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni)

- |  |                          |                         |
|--|--------------------------|-------------------------|
| 1. malattie di cuore   | <input type="checkbox"/> | chi? _____ quali? _____ |
| 2. morte improvvisa  | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 2. infarto del miocardio   | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 2. cardiomiopatie  | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 2. ipertensione  | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 3. ictus   | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 4. colesterolo alto  | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 4. obesità   | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 5. malattie renali   | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 6. diabete   | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 6. malattie tiroidee   | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 6. malattie polmonari  | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 6. malattie neurologiche   | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 7. asma/allergie   | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 8. tumori  | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 9. malattie di fegato  | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 10. celiachia  | <input type="checkbox"/> | chi? _____              |
| 12. malattie a carattere genetico-ereditario? Specificare chi e quali malattie |                          | _____                   |

## ANAMNESI FISIOLOGICA DELL'ATLETA

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

E' nato a termine? SI  NO  da parto naturale?: SI  NO  Allattamento al seno? SI  NO

Fuma? SI  NO  EX  Se SI, quante sigarette/giorno e da quanto tempo? \_\_\_\_\_

Beve alcolici? MAI  SALTUARIAMENTE  SI  Se SI, quanto? \_\_\_\_\_

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks)? SI  NO  Se SI, quanto? \_\_\_\_\_

Età prima mestruazione: \_\_\_\_\_ anni Data ultima mestruazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anomalie del ciclo mestruale? SI  NO  Gravidanze? NO  SI  Quante? \_\_\_\_\_

Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari? SI  NO  Se SI, quali? \_\_\_\_\_

Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO  Normali  Alterati: \_\_\_\_\_

## ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (soffre o ha sofferto nel passato di:)

allergie  dolore toracico  malattie neurologiche

asma bronchiale  vertigini  malattie tiroidee

altre malattie respiratorie  malattie oculari  altre malattie endocrine

otiti/sinusiti  pressione alta  neoplasie (tumori)

anemia  diabete mellito  malattie psichiatriche

epilessia  colesterolo alto  malattie dei reni/vie urinarie

svenimenti  malattie gastro intestinali  alterazioni alvo/diuresi

malattie di cuore  malattie del fegato/bile  turbe del sonno

palpitazioni  malattie muscolo/schel.

Ha subito ricoveri ospedalieri? NO  SI  Interventi chirurgici? NO  SI

Se SI, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età: \_\_\_\_\_

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni? NO  SI

Se SI, indicare tipo di lesione ed età: \_\_\_\_\_

Usa occhiali o lenti a contatto? NO  SI

Il sottoscritto dichiara che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e riferiti da sé stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie) senza errori od omissioni che possano compromettere o ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospenso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

Informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge sulla privacy 675/96 concernente la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali esprimo il mio consenso e autorizzo il trattamento dei miei dati personali per fini esclusivamente diagnostici, di cura e prevenzione.

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma (del genitore se l'atleta è minorenni)

**Importante:** portare fotocopie di tutti i referti medici riguardanti l'atleta, in particolare di natura cardiologica. Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente e arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TEST ERGOMETRICO FINALIZZATO ALLA  
CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' SPORTIVA**

Se maggiorenne: il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se minorenni: il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DICHIARO/A

DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A ESAURIENTEMENTE MEDIANTE  
LA NOTA INFORMATIVA ALLEGATA E DI AVER COMPRESO IL SIGNIFICATO DI QUANTO  
ILLUSTRATOMI IN RELAZIONE ALL'OPPORTUNITA' DI SOTTOPORMI AL TEST ERGOMETRICO  
(PROVA DA SFORZO).

IN PARTICOLARE DI AVER CAPITO GLI ASPETTI SOTTOELENCATI:

1. Le finalità del test e le modalità di esecuzione dello stesso
2. Le norme comportamentali da seguire prima dell'esecuzione del test
3. Gli eventuali disturbi che potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al torace o alle gambe, difficoltà nella respirazione, lievi palpitazioni, senso di mancamento)
4. Sono stato informato anche che, in rarissimi casi, durante la prova possono insorgere complicazioni quali lo scompenso cardiaco, gravi alterazioni del ritmo, infarto e/o decesso
5. La necessità di avvertire tempestivamente il personale preposto non appena tali sintomi dovessero manifestarsi
6. I principali rischi insiti nell'indagine

AVENDO OTTENUTO RISPOSTA AD EVENTUALI CHIARIMENTI ED AVENDO RIFLETTUTO IN MERITO  
A QUANTO SOPRA ESPOSTO

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

AD EFFETTUARE/FAR EFFETTUARE IL TEST ERGOMETRICO (PROVA DA SFORZO).

Fiume Veneto, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'Utente (se maggiorenne)

\_\_\_\_\_

Firma del tutore (se minorenni)

\_\_\_\_\_

## **NOTA INFORMATIVA SUL TEST ERGOMETRICO MASSIMALE (PROVA DA SFORZO MASSIMALE) FINALIZZATO ALLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' SPORTIVA**

Il test da sforzo massimale in medicina dello sport è una prova standardizzata di lavoro muscolare, prevista tra gli accertamenti per l'idoneità sportiva.

L'ambulatorio dedicato a questo test consente di eseguire prove con monitoraggio continuo dell'ECG tramite cicloergometro (cyclette). Tipo e modalità del test vengono scelti dal medico dello sport in base all'età ed alla storia familiare e personale dell'atleta.

### **MODALITA' DI PREPARAZIONE AL TEST**

Prima di effettuare il test è importante seguire le seguenti norme comportamentali:

1. non mangiare prima della prova: è concesso solo un piccolo spuntino 2-3 ore prima;
2. non bere caffè o altre bevande eccitanti; niente bevande gassate due giorni prima;
3. non fumare da almeno 2 ore prima dell'inizio della prova;
4. non compiere sforzi muscolari di una certa importanza nelle ore precedenti la prova;
5. presentarsi muniti di pantaloncini, maglietta, scarpe da ginnastica, asciugamano, bottiglietta d'acqua;
6. portare eventuali elettrocardiogrammi e/o accertamenti cardiologici già eseguiti.

Prima dell'esecuzione dell'esame sarà richiesto il consenso scritto con la sottoscrizione del modulo allegato.

### **IN COSA CONSISTE IL TEST?**

Il test al cicloergometro è una prova da sforzo massimale, cioè protratta fino all'esaurimento muscolare, che si effettua applicando carichi di lavoro progressivamente crescenti.

Durante la prova al cicloergometro viene registrato continuamente un elettrocardiogramma e viene monitorizzata la pressione arteriosa radiale: in tal modo è possibile determinare il grado di tolleranza allo sforzo misurando i carichi di lavoro e valutare istante per istante la presenza o meno di eventuali anomalie.

La parte dell'esame, con applicazione del carico di lavoro, avrà una durata media di 15 minuti e sarà seguita da un periodo di defaticamento di 3-6 minuti.

### **QUALI SONO I RISCHI CORRELATI ALLA PROCEDURA?**

I rischi legati al test sono molto modesti.

In alcuni casi potrebbe essere indotta una ischemia cardiaca che si manifesterà con comparsa di dolore toracico oppure sarà rilevata dal medico all'elettrocardiogramma; solo raramente è richiesta la somministrazione di farmaci per risolvere l'ischemia cardiaca.

Talora si può verificare una marcata riduzione della pressione arteriosa che si accompagna a sintomi quali sudorazione ed offuscamento della vista.

Sono comunque prontamente disponibili i presidi sanitari necessari a fronteggiare tali evenienze ed il personale è addestrato ad affrontarle al momento dell'occorrenza.

In rari casi possono comparire aritmie cardiache pericolose per la vita.

**E' FONDAMENTALE, IN CASO DI COMPARSA DI DISTURBI DURANTE L'INDAGINE, INFORMARE IMMEDIATAMENTE IL PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO (DOLORE AL PETTO, DIFFICOLTA' NELLA RESPIRAZIONE, PALPITAZIONI, SENSO DI MANCAMENTO).**