

**RICHIESTA DI VISTA MEDICA PER IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
(D.M. Sanità 18-02-1982)**

Data _____

COGNOME E NOME ATLETA _____
NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____
VIA _____
DOC. ID _____
SPORT _____ CATEGORIA _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

indicare se i famigliari (**nonni, genitori, fratelli o sorelle**) sono o sono stati affetti da malattie:

Cardiache SI NO Ipertensione SI NO Diabete SI NO Tumori SI NO Asma SI NO

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Morbillo	SI NO	Polmonite	SI NO	Allergie	SI NO
Varicella	SI NO	Tonsilliti	SI NO	Svenimenti	SI NO
Rosolia	SI NO	Pleuriti	SI NO	Epilessia	SI NO
Orecchioni	SI NO	Reumatismo	SI NO	Diabete	SI NO
Pertosse	SI NO	Mal. Intestino	SI NO	Fratture	SI NO
Scarlattina	SI NO	Mal. Cuore	SI NO	Distorsioni	SI NO
Epatite Virale	SI NO	Trauma Cranico	SI NO	Lussazioni	SI NO
Otite	SI NO	Asma	SI NO	Anemia	SI NO
Sinusite	SI NO	Eczema	SI NO	Altro	SI NO

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille SI NO Adenoidi SI NO Ernie SI NO Appendice SI NO Altro _____

Firma Atleta
(o maggiore responsabile) _____

ANAMNESI

Elettrocardiogramma a riposo: Freq. Media _____ PQ: _____ QT: _____

Referto: VEDI REFERTO ALLEGATO

Elettrocardiogramma dopo: Freq. Media _____ PQ: _____ QT: _____

Referto: VEDI REFERTO ALLEGATO

lì, _____