SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Distretto Sud Est Medicina dello Sport

Casa della Salute di Langhirano

Accertamento idoneita' specifica allo sport

Dichiarazione dell'atleta se maggiorenne o dei genitori per i minori di 18 anni

Cognome e nome.....nato a.....il.....
Circonferenza vita.....Peso.....altezza.....telefono.....
Malattie riguardanti la famiglia

indicare nella casella i casi familiari (genitori-nonni-fratelli-sorelle)che sono stati affetti dalle seguenti malattie:

malattie di cuore	si	no	ipertensione	si	no	diabete	si	no	tbc	si	no
tumori	si	no	paralisi	si	no	obesita'	si	no	sifilide	si	no
asma malattie allergiche	si	no	morti improvvise	si	no						

Notizie riguardanti l'atleta (barrare le caselle riguardanti le malattie sofferte):

Morbillo	si	no	Epatite virale	si	no	Palpitazioni	si	no
Varicella	si	no	Otite	si	no	Malattie intestino	si	no
Rosolia	si	no	Sinusite	si	no	Asma	si	no
Parotite(orecchioni)	si	no	Bronchiti	si	no	Eczema(malattia pelle)	si	no
Pertosse(tosse canina)	si	no	Polmoniti	si	no	Allergie	si	no
Scarlattina	si	no	Tonsillite	si	no	svenimento vertigini	si	no
Lussazione d'anca	si	no	Pleurite	si	no	Epilessia	si	no
Scoliosi	si	no	Diabete	si	no	Febbre reumatica	si	no
Dorso curvo	si	no	Anemia	si	no	Enuresi(pipi a letto)	si	no
Piede piatto	si	no	Trauma cranico	si	no	Malattie di cuore	si	no
Scapole alate	si	no	Malattie reni	si	no			
T.B.C.	si	no	Traumi sportivi (distorsioni-strappi-contusioni-ecc				si	no

RICOVERI PER INTERVENTO DI:

Tonsille	si	no	Adenoidi	si	no	Ernia	si	no	Appendicite	si	no	Altro	si	no
anni.....			anni.....			anni.....			anni.....			anni.....		

Notizie particolari (tipo, decorso,cure,esiti) sulle malattie sopraindicate:.....
.....

E' guarito completamente? Si No Disturbi rimasti:.....
Sta' facendo cure? Si No Quali o per quale motivo.....

Occhiali o lenti corneali	Si	No	Per miopia	si	no	Ipermetropia	si	no
E' stato in cura con busti correttivi	Si	No	Astigmatismo	si	no	Strabismo	si	no
Ginnastica correttiva	Si	No	Rialzo piede	si	no	Fuma	si	no
Esposto a fumo passivo(casa, lavoro, ecc.)			si	no				

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilita' che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di avere informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge. Mi impegno inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti da tabacco e all'uso di alcool. Esprimo inoltre, ai sensi della legge sulla pravacy n° 675/96, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per le finalita' connesse alla richiesta di idoneita' alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalita' di cui alla specifica normativa in materia.

Langhirano ..... Firma del dichiarante, o di un genitore, se minore

NB IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE PRESENTATO GIA' COMPILATO IL GIORNO DELLA VISITA IN OGNI PARTE