



PHYSIOCLINIC
Poliambulatorio

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 _____

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

Physioclinic Poliambulatorio

Direttore Sanitario Dott. Antonio Camporese - Spec. in Ortopedia e Traumatologia

Via Everardo Scaramuzza, 19 – 30174 Zelarino – Venezia

041-3033455 344-1346650 – info@physio-clinic.it

P. iva 04532570274

Autorizzazione sanitaria REP_PROV_VE/VE-SUPRO/0224902 del 06/08/2019



PHYSIOCLINIC

Poliambulatorio

ANAMNESI

SPORTIVA:

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

FAMILIARE:

PERSONALE FISIOLOGICA:

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 _____

Physioclinic Poliambulatorio

Direttore Sanitario Dott. Antonio Camporese - Spec. in Ortopedia e Traumatologia

Via Everardo Scaramuzza, 19 – 30174 Zelarino – Venezia

041-3033455 344-1346650 – info@physio-clinic.it

P. iva 04532570274

Autorizzazione sanitaria REP_PROV_VE/VE-SUPRO/0224902 del 06/08/2019



PHYSIOCLINIC

Poliambulatorio

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: _____

Physioclinic Poliambulatorio

Direttore Sanitario Dott. Antonio Camporese - Spec. in Ortopedia e Traumatologia

Via Everardo Scaramuzza, 19 – 30174 Zelarino – Venezia

041-3033455 344-1346650 – info@physio-clinic.it

P. iva 04532570274

Autorizzazione sanitaria REP_PROV_VE/VE-SUPRO/0224902 del 06/08/2019



PHYSIOCLINIC
Poliambulatorio

ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI PORTATI DAL PZ 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

Data _____

IL MEDICO SPORTIVO