

DOTT. AUGUSTO BRUSOMINI

Medico Chirurgo

Specialista in Medicina dello Sport

Medicina Fisica e Riabilitazione

35142 PADOVA Via Decorati al Valor Civile, 245

Tel./ Fax 049 657828 - cell. 340 1152772 - E-mail: abrusomini@gmail.com

## ACCERTAMENTO PER IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT

### Anamnesi familiare e personale

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

#### Notizie riguardanti la famiglia

Indicare nella casella i casi di famigliari (genitori - nonni - fratelli o sorelle) che sono stati o sono affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di Cuore  SI  NO      Ipertensione  SI  NO      Diabete  SI  NO

Tbc  SI  NO      Tumori  SI  NO      Asma e Malattie Allergiche  SI  NO

#### Notizie riguardanti l'atleta

Barrare le caselle:

Morbillo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Varicella	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Anemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rosolia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie di reni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pertosse (tosse canina)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tbc	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Scarlattina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie intestino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lussazione anca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Scoliosi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Eczema	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dorso curvo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Allergia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Piede piatto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Svenimento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Scapole alate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Epilessia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Epatite virale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Otite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sinusite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fratture	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Polmonite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Distorsioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tonsilliti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lussazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pleurite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altro.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Interventi chirurgici:**

Tonsille  SI  NO \_\_\_\_\_ anni      Adenoidi  SI  NO \_\_\_\_\_ anni  
Ernia  SI  NO \_\_\_\_\_ anni      Appendicite  SI  NO \_\_\_\_\_ anni  
altro \_\_\_\_\_

**Notizie particolari:**

(tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate: \_\_\_\_\_

E' guarito completamente?  SI  NO

Disturbi rimasti \_\_\_\_\_

Sta facendo cure?  SI  NO

Quali e per quale motivo \_\_\_\_\_

Usa occhiali?  SI  NO      Lenti corneali  SI  NO      per:

Miopia       Ipermetropia       Astigmatismo       Strabismo

**E' stato in cura con:**

Busti correttivi  SI  NO      Ginnastica correttiva  SI  NO      Rialzo al piede  SI  NO

**Anamnesi Fisiologica:**

Per i maschi: Idoneo al Servizio di Leva  SI  NO \_\_\_\_\_

Per le femmine: 1<sup>a</sup> mestruazione a \_\_\_\_\_ anni      Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_

Fuma  SI  NO      da quanto tempo \_\_\_\_\_      quante sigarette al giorno \_\_\_\_\_

Beve alcolici  SI  NO      quantità \_\_\_\_\_

Attività professionale \_\_\_\_\_

Sport praticati \_\_\_\_\_

Prima visita medico sportivo  SI  NO      Rinnovo  SI  NO

**In visite precedenti:**

**E' sempre stato dichiarato idoneo**  SI  NO      **E' stato dichiarato non idoneo**  SI  NO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Per atleta minorenni, nome del genitore

(genitore di \_\_\_\_\_ )

dichiara, sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Si impegna inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'atleta se maggiorenne  
o firma di un genitore per minori di 18 anni