Nome _____ Cognome _____ d.n. _____

VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA

SPORT: ……

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

A. FAMILIARE

- ☐ Negativa per CMP, CAD e MI in giovane età
- ☐ Altro ……..
  ……

A. PATOLOGICA

- ☐ Sempre stato bene ☐ Sempre idoneo senza accertamenti
- ☐ Altro ……..
  ……

SINTOMI

- ☐ Asintomatico a riposo e durante sforzo ☐ Nega sincopi
- ☐ Altro ……..
  ……

FARMACI

- ☐ Nessuno
- ☐ Assume ……
  ……

A. FISIOLOGICA

Fumo ☐ NO ☐ SI …….. Caffè ☐ NO ☐ SI ……..

Ciclo mestruale ☐ Regolare ☐ Altro ……..

Ritmo sonno-veglia ☐ Conservato ☐ Altro ……

ESAME OBIETTIVO:

ALTEZZA _____ cm PESO _____ kg

CARDIOVASCOLARE

- ☐ Toni cardiaci validi, ritmici, pause libere ☐ Non edemi declivi
- ☐ Polsi periferici presenti, simmetrici
- ☐ Altro ……..

TORACE

- ☐ MV normotrasmesso su TAP ☐ Non rumori aggiunti
- ☐ Altro ……..

ADDOME

- □ Trattabile, non dolente/dolorabile alla palpazione s/p
- □ Piano □ Globoso
- □ Altro ……..

APP LOCOMOTORE

- □ Non dismetrie apparenti
- □ Altro ……..

SPIROMETRIA:

- □ Nella norma
- □ Altro ……..

ESAME CHIMICO-FISICO URINE:

- □ Nella norma
- □ Altro ……..

VISUS: OD ____ OS _____

PRESSIONE:

∇ Riposo ∇ Sforzo ∇ Recupero

- □ Altro da segnalare……..

ECG BASALE: ……..

……..

PROVA DA SFORZO:

- □ Massimale □ Submassimale
- □ Negativa per alterazioni ST-T, aritmie □ Asintomatico
- □ Altro ……..

SCORE 2: ……..

CONCLUSIONI

- □ IDONEO …….. □ NON IDONEO
- □ SOSPESO, ……..
  ……..

Considerazioni ……..

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO