

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)**

Diabete: sì  no  Chi? \_\_\_\_\_  
Asma: sì  no  Chi? \_\_\_\_\_  
Ipertensione arteriosa: sì  no  Chi? \_\_\_\_\_  
Cardiopatía ischemica od infarto: sì  no  Chi? \_\_\_\_\_  
Morte improvvisa: sì  no  Chi? \_\_\_\_\_; a che età? \_\_\_\_\_; causa? \_\_\_\_\_  
Altro: \_\_\_\_\_

**DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE**

TIPO DI LAVORO PRATICATO: \_\_\_\_\_  
QUANTE SIGARETTE FUMI AL GIORNO? nessuna  5/10  più di 10  , da quanti anni? \_\_\_\_\_  
Ex  , per quanti anni? \_\_\_\_\_, da quanto hai smesso? \_\_\_\_\_  
BEVI ALCOLICI O SUPERALCOLICI?: sì  no  se SI quanto di media al giorno \_\_\_\_\_  
ASSUMI ABITUALMENTE O HAI ASSUNTO DEI FARMACI?: sì  no   
Se SI, quali e perché? \_\_\_\_\_

**SOFFRI O HAI SOFFERTO DI MALATTIE COME:**

Diabete: sì  no  Usi insulina? sì  no   
Malattie e/o aritmie cardiache: sì  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
Ipertensione arteriosa: sì  no   
Epilessia: sì  no   
Altre malattie neurologiche: sì  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
Allergie: sì  no  Se SI, a cosa? \_\_\_\_\_  
Asma: sì  no   
Altre malattie respiratorie: sì  no  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
Hai mai avuto INTERVENTI CHIRURGICI? sì  no  Se SI, quali e quando?: \_\_\_\_\_

Hai mai avuto FRATTURE? sì  no  Se SI, quali e quando? : \_\_\_\_\_

Hai mai avuto INFORTUNI RILEVANTI? sì  no  Se SI, quali e quando? : \_\_\_\_\_

Hai mai avuto TRAUMI CRANICI? sì  no  Se SI, quando? \_\_\_\_\_  
con svenimento? sì  no  ; con ricovero? sì  no  ; esami eseguiti: \_\_\_\_\_

ASSENZA O ALTERATA FUNZIONE DI QUALCHE ORGANO INTERNO? sì  no

Se SI, quale? \_\_\_\_\_  
Dovuta a? \_\_\_\_\_

ALTRE PATOLOGIE DA SEGNALARE?: \_\_\_\_\_

**DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA DELLO SPORT HAI MAI ACCUSATO MALESSERI IMPROVVISI QUALI:**

**DOLORI AL TORACE**

sì  no  quando? \_\_\_\_\_; con che frequenza? \_\_\_\_\_ descrivili: \_\_\_\_\_

**SVENIMENTI**

sì  no  quando? \_\_\_\_\_; con che frequenza? \_\_\_\_\_ descrivili: \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL RITMO CARDIACO**

sì  no  quando? \_\_\_\_\_; con che frequenza? \_\_\_\_\_ descrivili: \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITA' SPORTIVA**

HAI GIA' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA O NON AGONISTICA? sì  no

Se SI quale? NON AGONISTICA  AGONISTICA

IN TALI VISITE SEI MAI STATO GIUDICATO NON IDONEO? sì  no  O SOSPESO? sì  no

Se SI per quale motivo? \_\_\_\_\_

SONO MAI STATI RICHIESTI ALTRI ESAMI (es. Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo, ecc) sì  no

Se SI per quale motivo? \_\_\_\_\_

### MALATTIE INFANTILI

Varicella sì  no  Morbillo sì  no  Rosolia sì  no   
 Parotite (orecchioni) sì  no  Pertosse sì  no  Scarlattina sì  no   
 Mononucleosi inf. sì  no  Epatite B sì  no  Epatite C sì  no   
 Altre malattie? sì  no  Se SI, quali \_\_\_\_\_

### VACCINAZIONI

Morbillo/rosolia/parotite sì  no  Epatite B sì  no  Epatite A sì  no   
 Papilloma Virus (HPV) sì  no  Varicella sì  no  Meningococco ACWY sì  no   
 Difterite/tetano/pertosse sì  no  Influenza sì  no  Meningococco B sì  no

**In caso negativo si raccomanda la vaccinazione in oggetto. Il Poliambulatorio Medicamenta ha attivo un servizio di erogazione dei vaccini tramite personale qualificato.**

### NOTIZIE RELATIVE ALLA VISTA

PATOLOGIE O DIFETTI VISIVI? sì  no . Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
 UTILIZZI OCCHIALI O LENTI A CONTATTO? Sì  no   
 Se SI, cosa usi durante lo sport? Occhiali  Lenti a contatto  Nulla

### NOTIZIE RELATIVE ALL'UDITO

PATOLOGIE o DIFETTI UDITIVI? No  sì  Se SI, quali? \_\_\_\_\_  
 Se SI, usi protesi auricolari? no  sì

### DOMANDE RIFERITE ALL'APPARATO GENITALE

Per le <b>donne</b> : data prima mestruazione (menarca): _____ Data ultima mestruazione: _____ Ciclo: <input type="checkbox"/> regolare - <input type="checkbox"/> irregolare - <input type="checkbox"/> ancora non iniziato <input type="checkbox"/> assente: perché? _____ Usi farmaci anticoncezionali? sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Se SI, quali? _____	Per gli <b>uomini</b> : Hai da segnalare problemi agli organi genitali? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so Se SI, quali? _____ _____ _____
---	--

### NOTIZIE RELATIVE AGLI SPORT PRATICATI

QUALE SPORT PRATICHI? \_\_\_\_\_ DA QUANTI ANNI? \_\_\_\_\_  
 N° ALLENAMENTI A SETTIMANA: \_\_\_\_\_ DURATA DELL'ALLENAMENTO: \_\_\_\_\_

### DOMANDE RIFERITE AI RISCHI E AI DANNI DEL DOPING

Ritieni di essere bene informato sui rischi e sui danni del doping e dell'uso improprio di farmaci o del loro abuso? sì  solo superficialmente  no

Chi ti ha informato su questi rischi e sugli effetti conseguenti sulla salute?

Medico della squadra , medico di famiglia , allenatore ,  
 Giornali , televisione , internet ,  
 Genitori , nessuno , altri \_\_\_\_\_

### RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL MEDICO VISITATORE

Tel. Abitazione: \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare: \_\_\_\_\_  
 Tel. Cellulare del genitore (per i minori): \_\_\_\_\_, nome genitore: \_\_\_\_\_  
 Tel. Cellulare del genitore (per i minori): \_\_\_\_\_, nome genitore: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE:** Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e dall'uso improprio di farmaci. Do atto di essere informato di ei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenni, da almeno un genitore.

Sottoscrizione dopo presa visione di quanto dichiarato e colloquio chiarificatore con il medico.

**DATA** \_\_\_\_\_

Firma del medico

Firma dell'atleta o del tutore se minore

La Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I), e la Federazione Italiana Medico Sportiva (F.M.S.I.) nel settembre 2017 hanno elaborato e approvato indirizzi finalizzati a un corretto utilizzo delle vaccinazioni negli atleti sportivi professionisti (c.d. “atleti d’élite”). Lo scopo di tale documento intersocietario è fornire ai medici indicazioni utili e aggiornate sulle pratiche vaccinali nell’ambito delle diverse discipline sportive, anche alla luce dell’emanazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-2019) e della Legge n. 119 del 31 luglio 2017 per le nuove disposizioni sull’obbligo vaccinale. Le raccomandazioni sono state differenziate sulla base di evidenze scientifiche che tengono conto: della tipologia di sport (es. sport individuali e di squadra, sport di combattimento, ecc.), del luogo dove viene praticata l’attività sportiva, e della peculiare situazione dell’atleta (es. impegnato in trasferte internazionali). Si è ritenuto inoltre opportuno richiamare l’excursus delle normative di riferimento, nonché offrire consigli atti a ottimizzare l’atto vaccinale, indicando possibili controindicazioni temporanee o permanenti, la tempistica più opportuna per la vaccinazione, e fornendo suggerimenti per ridurre al minimo eventuali effetti collaterali postvaccinali.

Il piano proposto sono raccomandazioni per la profilassi vaccinale di atleti di età > 16 anni che svolgono attività sportiva agonistica. Per gli atleti di età < 16 anni valgono le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019

Vaccino	Schedula vaccinale	Indicazione
dTP	Dopo un ciclo di 3 dosi (solitamente effettuato nell’infanzia) è necessario un richiamo con DTP se trascorsi 10 anni da ultima dose, richiami da ripetere ogni 10 anni.	Il vaccino è raccomandato per tutti gli atleti.
MPR	Due dosi distanziate da almeno 4 settimane.	Il vaccino è raccomandato per tutti gli atleti suscettibili.
Varicella	Vaccino singolo (V) o combinato con MPR (MPRV). Due dosi distanziate da almeno 4 settimane.	Il vaccino è raccomandato per tutti gli atleti suscettibili.
Influenza	Vaccino quadrivalente (contro i 4 ceppi di virus antinfluenzale circolanti). Una dose durante il periodo autunnale.	Il vaccino è raccomandato per tutti gli atleti.
Epatite A	Vaccino singolo contro Epatite A. Esiste il vaccino combinato contro Epatite A + Epatite B. Due dosi a distanza di 6-12 mesi	Il vaccino è raccomandato per tutti gli atleti.
Meningococco	Vaccino contro i ceppi ACWY e contro ceppo B. Vaccino ACWY: una dose. Vaccino ceppo B: due dosi a distanza di almeno 1 mese.	Il vaccino è raccomandato per tutti gli atleti.

#### Bibliografia

- 1) Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2571\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf);
- 2) Casasco M et al. Immunization in elite athletes: recommendations endorsed by scientific associations. Med Sport 2017;70:389-409.