



FEDERAZIONE
ITALIANA
PALLACANESTRO

Cartella clinica per atleti professionisti

Cognome e Nome _____ *Matricola*

--	--	--	--	--	--

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

N° di cartella _____

Società di appartenenza _____ *Matricola società*

--	--	--	--	--	--

Inizio della attività cestistica anno _____

Inizio della attività professionale anno _____

Altri sport praticati _____

Anamnesi familiare: _____

Anamnesi fisiologica:

Visita di leva: abile *SI* *NO*

Tipo di studio: *scuola obbligo* *scuola media superiore* *laurea*

Appetito: *normale* *SI* *NO*

Digestione: *normale* *SI* *NO*

Alvo: *normale* *SI* *NO*

Diuresi: *normale* *SI* *NO*

Sonno: *regolare* *SI* *NO*

Fumo: *SI* *NO*

Alcool: *SI* *NO*

Caffè: *SI* *NO*

Anamnesi patologica remota:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> morbillo | <input type="checkbox"/> scarlattina |
| <input type="checkbox"/> parotite | <input type="checkbox"/> epatite virale |
| <input type="checkbox"/> varicella | <input type="checkbox"/> micosi |
| <input type="checkbox"/> pertosse | <input type="checkbox"/> parassiti intestinali |
| <input type="checkbox"/> tifo e paratifo | |

- Allergopatie: no
- riniti
- dermatopatie
- asma

Allergeni conosciuti: _____

Intolleranza a farmaci _____
altre sostanze _____

Altre affezioni _____

- Interventi chirurgici: adenoidectomia
- tonsillectomia
- appendicectomia
- _____

NOTIZIE ANAMNESTICHE

Vaccinazione antitetanica

SI NO

Vaccinazione antiepatite virale B

SI NO

L'atleta è stato sottoposto ad altre visite di idoneità agonistica?

SI NO

L'atleta è stato dichiarato idoneo per periodi inferiori ai 12 mesi?

SI NO

L'atleta è stato dichiarato inidoneo?

SI NO

Ha subito provvedimenti disciplinari per doping?

SI NO

L'atleta dichiara l'assoluta completezza e veridicità delle informazioni anamnestiche riferite

Firma dell'atleta

Data _____

Tutela sanitaria dei giocatori professionisti

(D.M. 13 marzo 1995)

Accertamenti previsti (art. 1 comma 1)

Sezione I CONTROLLI MEDICI

Visita medica generale:

- 1) Anamnesi (familiare, fisiologica, patologica remota, patologica prossima, traumatologica).^(a)
- 2) Esame obiettivo generale comprendente obbligatoriamente:
 - misure antropometriche essenziali (peso, statura);
 - dati inerenti all'esame clinico generale e segmentale dei vari organi ed apparati con particolare riguardo alla valutazione della integrità degli apparati cardiovascolare, respiratorio e locomotore;
 - dati inerenti all'esame del visus e dell'udito.

Visite mediche specialistiche:

Su sospetto clinico si procede a visite specialistiche: cardiologica, ortopedica, oculistica, otorinolaringoiatrica, neurologica, ecc..

Sezione II ACCERTAMENTI CLINICI E STRUMENTALI

Accertamenti strumentali e funzionali

AD OGNI VISITA

- ECG a riposo.

ALLA PRIMA VISITA

- Teleradiogramma del torace
- Ecocardiogramma con Doppler (MB MODE)

OGNI ANNO

- ECG a riposo e durante sforzo massimale
- Spirografia

OGNI DUE ANNI

- Ecocardiogramma con Doppler (MB MODE)

Esami di laboratorio

ALLA PRIMA VISITA ^(a)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| - Emocromocitometrico con formula | - Gruppo sanguigno e fattore RH |
| - Glicemia | - Azotemia |
| - Uricemia | - VES |
| - Transaminasi | - Creatinemia |
| - Transferrinemia | - Ferritinemia |
| - Sideremia | - Hbs Ag, HCV |
| - Esame completo delle urine | - Markers per epatite (se positivo Hbs Ag) |
| - Sicrodiagnosi per lue | - Curva glicemica dopo carico orale glucosio
(su fondato sospetto clinico) |
| - PCR | - Assetto lipidico |
| - Bilirubinemia T/F | |
| - Protidemia elettroforetica | |

AI CONTROLLI SUCCESSIVI (SEMESTRALI) ^(a)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| - Emocromocitometrico con formula | - Bilirubinemia T/F |
| - Glicemia | - Azotemia |
| - Uricemia | - VES |
| - Transaminasi | - Creatinemia |
| - Transferrinemia | - Ferritinemia |
| - Sideremia | - Hbs Ag, HCV |
| - Esame completo delle urine | - Markers per epatite (se positivo Hbs Ag) |
| - PCR | - Fosfatasi alcalina |

ANNUALE ^(a)

- Assetto lipidico - Protidemia elettroforetica

(a) Nel caso di riferimenti anamnestici che indichino un possibile rischio per malattie a trasmissione attraverso il sangue, il medico è tenuto ad illustrare all'atleta l'opportunità di sottoporsi ad esame per la ricerca di anticorpi HIV e ad indicare le strutture sanitarie autorizzate.

(b) Più ogni altro accertamento su fondato sospetto clinico.

Addome:

Pareti: trattabili SI NO
Fegato: normale SI NO
Milza: normale SI NO
Ernie SI NO

Linfonodi:

indenni SI NO

Apparato urogenitale:

indenni SI NO

Sistema nervoso:

esame neurologico normale SI NO

Organi di senso:

Visus: OD _____ corretto SI NO
OS _____ corretto SI NO

Udito: normale SI NO
