



FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO

SCHEDA SANITARIA

- Per sportivi professionisti
(Art. 3, comma 1 della legge 91/81)
- Per professionisti non atleti

Matricola

Professionista: ⁽¹⁾

Nome _____

Cognome _____

Nat. ____ il _____

a _____



Matricola Società

Società _____

Data tesseramento _____

Data di istituzione della scheda _____

Trasferimento dalla Società _____

alla Società _____

in data _____ Matricola

Trasferimento dalla Società _____

alla Società _____

in data _____ Matricola

Trasferimento dalla Società _____

alla Società _____

in data _____ Matricola

⁽¹⁾ Barrare la qualifica: Giocatore Allenatore Preparatore atletico Direttore tecnico

SCHEDA SANITARIA PER ATLETI PROFESSIONISTI

Atleta _____ **Matricola**

Nat a _____ **il** _____

Società sportiva _____

Luogo e data _____

Anamnesi patologica

PATOLOGIA IN ATTO

PATOLOGIA PREGRESSA

Note: _____

Firma dell'atleta _____

Esame obiettivo

	SEGNI CLINICI DI MALATTIE IN ATTO		SEGNI CLINICI DI MALATTIE PREGRESSE	
generale	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
app. cardiovascolare	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
app. locomotore	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
app. respiratorio	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
_____	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
_____	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>

Accertamenti clinici e strumentali

	SEGNI CLINICI DI MALATTIE IN ATTO		SEGNI CLINICI DI MALATTIE PREGRESSE	
cardiologici	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
ematochimici	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
respiratori	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
radiologici	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
_____	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
_____	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>

Giudizio clinico _____

Conclusioni

Controindicazione temporanea alla pratica dell'attività professionistica per un periodo di _____ dal _____

Nessuna controindicazione alla pratica dell'attività professionistica

Osservazioni: _____

Squalifiche per doping dal _____ al _____

Firma e timbro del medico sociale

Certificato di idoneità agonistica valido al _____ rilasciato dal Dott. _____ del _____

alla pratica dell'attività sportiva agonistica ai sensi del D.M. 18/02/82.

SCHEDA SANITARIA PER PROFESSIONISTI NON ATLETI

Professionista⁽¹⁾ _____ Nat_ a _____ il _____ Società sportiva _____ Luogo e data _____	Matricola <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>														
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">CONTROLLO SEMESTRALE</td> <td style="padding: 2px;">CONTROLLO NON SEMESTRALE</td> </tr> </table>		CONTROLLO SEMESTRALE	CONTROLLO NON SEMESTRALE												
CONTROLLO SEMESTRALE	CONTROLLO NON SEMESTRALE														
Anamnesi patologica <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> SI PATOLOGIA IN ATTO <input type="checkbox"/> NO </td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> SI PATOLOGIA PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO </td> </tr> </table> Note: _____ _____ _____ _____		<input type="checkbox"/> SI PATOLOGIA IN ATTO <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI PATOLOGIA PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO												
<input type="checkbox"/> SI PATOLOGIA IN ATTO <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI PATOLOGIA PREGRESSA <input type="checkbox"/> NO														
Firma del professionista _____															
Esame obiettivo generale app. cardiovascolare app. locomotore app. respiratorio _____ _____ _____	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> SEGNI CLINICI DI MALATTIE IN ATTO </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> SEGNI CLINICI DI MALATTIE PREGRESSE </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>	SEGNI CLINICI DI MALATTIE IN ATTO	SEGNI CLINICI DI MALATTIE PREGRESSE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
SEGNI CLINICI DI MALATTIE IN ATTO	SEGNI CLINICI DI MALATTIE PREGRESSE														
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
Giudizio clinico _____ _____ _____ _____															
Conclusioni	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> Controindicazione temporanea alla pratica dell'attività professionistica per un periodo di _____ dal _____ </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> Nessuna controindicazione alla pratica dell'attività professionistica </td> </tr> </table>	Controindicazione temporanea alla pratica dell'attività professionistica per un periodo di _____ dal _____	Nessuna controindicazione alla pratica dell'attività professionistica												
Controindicazione temporanea alla pratica dell'attività professionistica per un periodo di _____ dal _____	Nessuna controindicazione alla pratica dell'attività professionistica														
Osservazioni: _____ _____ _____ _____															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> Squalifiche per doping </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SI dal _____ al _____ </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO </td> </tr> </table>		Squalifiche per doping	<input type="checkbox"/> SI dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> NO											
Squalifiche per doping	<input type="checkbox"/> SI dal _____ al _____	<input type="checkbox"/> NO													
Firma e timbro del medico sociale _____															

⁽¹⁾ Barrare la qualifica: Allenatore Preparatore atletico Direttore tecnico

MEDICO RESPONSABILE DELLA SCHEDA

MEDICO SOCIALE

- 1 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 2 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 3 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 4 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 5 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 6 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 7 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 8 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 9 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____
- 10 - Dr. _____ Matricola medico

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

dal _____ al _____ Società _____
Firma _____

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Trasferimento dalla Società _____
alla Società _____
in data _____ Matricola

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

Cessazione attività subordinata in data _____

Trasmissione della scheda alla Federazione in data _____

FIRMA DEL MEDICO
