



*Regione Campania
Assessorato alla Sanità
Settore Assistenza Sanitaria
Servizio Medicina dello Sport*

LIBRETTO SANITARIO DELL'ATLETA

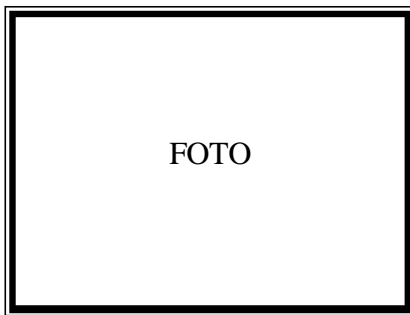
A.S.L.

TIMBRO



LIBRETTO SANITARIO N°

DATA DI RILASCIO/...../.....



Firma dell'atleta

Firma del genitore
(in caso di minore)

ESAMI INTEGRATIVI

DATA	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
ESAMI PREVISTI DALLA TABELLA A					
ESAMI PREVISTI DALLA TABELLA B					
EEG ED ESAME NEUROLOGICO					
ESAME ORL					
ESAME AUDIOMETRICO					
ESAME OCULISTICO CON FUNDUS					
PROVA DA SFORZO MASSIMALE					
ECOCARDIOGRAFIA (color doppler)					
HOLTER ECG					
HOLTER PRESSORIO					
ESAMI EMATOLOGICI					
ALTRI ESAMI					

NUMERI UTILI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRINCIPALI PARAMETRI CLINICI CARDIO-RESPIRATORI

DATA	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
F.C. A RIPOSO <i>(ECG)</i>					
F.C. DOPO SFORZO <i>(ECG)</i>					
I.R.I.					
PRESSIONE ARTERIOSA A RIPOSO					
PRESSIONE ARTERIOSA DOPO FORZO <i>(3 min.)</i>					
COMPARSA DI SINTOMI					
ECG <i>(note)</i>					
CV					
FVC					
FEV1 (VEMS)					
PEF					
MVV					

NOTE

.....

COGNOME

NOME

NATO A

.....

IL/...../.....

RESIDENTE A

.....

PROVINCIA DI

VIA

N°

CODICE FISCALE

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

DATA VISITA	SOCIETA' SPORTIVA	SPORT PRATICATO
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		
...../...../.....		

PLICOMETRIA (RILEVAZIONI DEL LATO SINISTRO)

BICIPITALE					
TRICIPITALE					
SOTTOSCAPOLARE					
SOVRAILIACA					
ANTI. COSCIA					
POST. COSCIA					
POPLITEA					

ANAMNESI SPORTIVA PROSSIMA

DATA	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
FEDERAZIONE					
SOCIETA'					
SPORT					
SPECIALITA'/RUOLO					
N° ALLENAMENTI settimanali					
N° ORE/ALLENAMENTO					
ALTRE ATTIVITA'					
N° ALLENAMENTI settimanali					
N° ORE/ALLENAMENTO					

Giudizio complessivo			
	sospeso	idoneo	non idoneo
			Data .../.../...
Codice identificativo			
Timbro			
			Firma
2° Anno	sospeso	idoneo	non idoneo
			Data .../.../...
Codice identificativo			
Timbro			
			Firma

GIUDIZIO CONCLUSIVO SUL RICORSO

Presentato il/...../.....
 alla pratica agonistica dello sport

Accolto il/...../.....

Respinto il/...../.....

TIMBRO	
---------------	--

Il presidente

Giudizio complessivo				
4° Anno	sospeso	idoneo	non idoneo	Data/..../....
				Codice identificativo
	Timbro			Firma
sospeso	idoneo	non idoneo	Data/..../....	
			Codice identificativo	
Timbro			Firma	

COMMISSIONE REGIONALE
EX ART. 6 D.M. 18/02/1982

GIUDIZIO CONCLUSIVO SUL RICORSO

Giudizio complessivo			
5° Anno	<i>sospeso</i>	<i>idoneo</i>	<i>non idoneo</i>
			Data / /
Codice identificativo			
Timbro			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>			Firma
<i>sospeso</i>	<i>idoneo</i>	<i>non idoneo</i>	
			Data / /
Codice identificativo			
Timbro			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>			Firma

Presentato il / /

alla pratica agonistica dello sport

.....

Accolto il / /

Respinto il / /

TIMBRO



Il presidente

.....