



# SERVIZIO MEDICO

Dr. Med. Alessandro Galdi, FMH Medicina Interna Generale  
Via Chiosso 15, 6948 Porza - Tel. 091/993 10 20

## CERTIFICATO D'IDONEITÀ SPORTIVA STAGIONE 2024-2025

| 1

### DATI PERSONALI (COMPILAZIONE A CURA DEL GIOCATORE/GENITORE)

NOME	
COGNOME	
DATA DI NASCITA	
CATEGORIA	
INDIRIZZO	
TELEFONO GENITORE	
TELEFONO GIOCATORE	
EMAIL GENITORE	
EMAIL GIOCATORE	
<b>NOME DEL MEDICO CURANTE</b>	

### ANAMNESI FAMILIARE (da far compilare al Medico Curante)

<input type="checkbox"/> MALATTIE CARDIOVASCOLARI	<input type="checkbox"/> MALATTIE REUMATOLOGICHE
<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA	<input type="checkbox"/> TUMORI
<input type="checkbox"/> MORTE IMPROVVISA PRIMA DEI 50 ANNI	<input type="checkbox"/> MALATTIE PSICHIATRICHE
<input type="checkbox"/> MALATTIE POLMONARI	<input type="checkbox"/> MALATTIE DEL SANGUE
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ALTRO
<input type="checkbox"/> DIABETE	



# SERVIZIO MEDICO

Dr. Med. Alessandro Galdi, FMH Medicina Interna Generale  
Via Chiosso 15, 6948 Porza - Tel. 091/993 10 20

## ANAMNESI PERSONALE *(da far compilare al Medico Curante)*

1. Il/la paziente è affetto da cardiopatia/soffi cardiaci?

SI     NO

In caso affermativo specificare diagnosi e accertamenti eseguiti (anno)

---

---

2. Il/la paziente è affetto da asma?

SI     NO

In caso affermativo specificare la terapia in atto e il dosaggio

---

---

3. Il/la paziente è affetto da diabete?

SI     NO

In caso affermativo specificare la terapia in atto e il dosaggio

---

---

4. Il/la paziente presenta altre malattie rilevanti?

SI     NO

In caso affermativo specificare la diagnosi (anno), lo stato attuale della malattia e la terapia in atto

---

---

5. Il/la paziente ha mai avuto disturbi del comportamento alimentare?

SI     NO

In caso affermativo specificare la diagnosi (anno) e la data

---

---



# SERVIZIO MEDICO

Dr. Med. Alessandro Galdi, FMH Medicina Interna Generale  
Via Chiosso 15, 6948 Porza - Tel. 091/993 10 20

6. Il/la paziente presenta allergie respiratorie e/o alimentari e/o a farmaci?

SI     NO

In caso affermativo specificare a quale allergene e la terapia in atto

---

---

---

| 3

7. Il/la paziente è vaccinato secondo lo schema vaccinale svizzero?

SI     NO

8. Il/la paziente ha subito infortuni?

SI     NO

In caso affermativo specificare la diagnosi (anno), il trattamento effettuato e l'esito

---

---

---

9. Il/la paziente ha subito commozioni cerebrali?

SI     NO

In caso affermativo specificare in che data e gli accertamenti effettuati

---

---

---

10. Il/la paziente ha subito interventi chirurgici per altre cause?

SI     NO

In caso affermativo specificare la diagnosi (anno), il trattamento effettuato e l'esito

---

---

---

11. Il/la paziente è affetto da disturbi psichici o del comportamento?

SI     NO

In caso affermativo specificare la diagnosi (anno) e la terapia in atto

---

---

---



# SERVIZIO MEDICO

Dr. Med. Alessandro Galdi, FMH Medicina Interna Generale  
Via Chiosso 15, 6948 Porza - Tel. 091/993 10 20

## **PER LE RAGAZZE (da far compilare al Medico Curante)**

### A. Ciclo mestruale

- La paziente non ha ancora il ciclo  
 NORMALE     regolare     irregolare  
 AMENORREA

| 4

### B. Alla paziente è mai stata diagnosticata una frattura da stress?

- SI     NO

In caso affermativo specificare la diagnosi (anno) e la terapia in atto

---

---

---

### C. La paziente ha mai manifestato un'astenia inabituale?

- SI     NO

In caso affermativo specificare la diagnosi (anno) e la data

---

---

---

## **ESAME CLINICO SPORTIVO (da far compilare al Medico Curante)**

PESO (Kg)	
ALTEZZA (cm)	

### **APPARATO CARDIOVASCOLARE**

FREQUENZA CARDIACA (bpm)	
PRESSIONE ARTERIOSA (mmHg)	
AUSCULTAZIONE CARDIACA	



# SERVIZIO MEDICO

Dr. Med. Alessandro Galdi, FMH Medicina Interna Generale  
Via Chiosso 15, 6948 Porza - Tel. 091/993 10 20

## APPARATO RESPIRATORIO

FREQUENZA RESPIRATORIA (rpm)	
AUSCULTAZIONE POLMONARE	

## ADDOME

PRESENZA DI ERNIE E/O MASSE ADDOMINALI	
----------------------------------------	--

| 5

## APPARATO LOCOMOTORE

ANOMALIE SCHELETRICHE	
DISTURBI DELLA DEAMBULAZIONE	
DISTURBI DELLO SVILUPPO MUSCOLARE E SCHELETRICO	

## SISTEMA NERVOSO E ORGANI DI SENSO

RIFLESSI MOTORI	
DISTURBI ACUITÀ VISIVA	
DISTURBI APPARATO Uditivo	

## **ESAMI COMPLEMENTARI OBBLIGATORI (cat. U13-U15-U17)**

(secondo raccomandazioni di Swiss Olympic)

- **ECG a riposo**
- **Esami del sangue:**
  - Emogramma completo
  - PCR
  - Ferritina

*Es. di laboratorio facoltativi* (se ritenuti indicati dal medico curante):

- creatinina
- GPT
- Vit. B12
- Vit. D3
- Glicemia a digiuno



# SERVIZIO MEDICO

Dr. Med. Alessandro Galdi, FMH Medicina Interna Generale  
Via Chiosso 15, 6948 Porza - Tel. 091/993 10 20

**N.B. Si ricorda che i certificati incompleti e/o privi degli eventuali allegati richiesti non saranno accettati e saranno rispediti al mittente affinché siano debitamente compilati prima dell'inizio della stagione agonistica.**

## **Dichiarazione di consenso**

Mi dichiaro d'accordo che le diagnosi e i reperti rilevati nell'ambito della visita medica sportiva siano trattati in maniera confidenziale nel rispetto del segreto medico. Sono altresì d'accordo che il Medico Curante e il Medico Sociale HCL Sezione Giovanile abbiano accesso a queste informazioni. Sono d'accordo che i miei dati, una volta anonimizzati, possano essere utilizzati per fini scientifici allo scopo di migliorare e far progredire lo sport svizzero.

Per le persone minorenni è necessaria la firma del rappresentante legale.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico Curante

\_\_\_\_\_

Firma del Giocatore

\_\_\_\_\_

Firma del Genitore

\_\_\_\_\_

## **DOCUMENTI DA ALLEGARE AL PRESENTE CERTIFICATO**

- **Copia libretto vaccinazioni**
- **Copia esami del sangue (vedi "esami complementari")**
- **Copia ECG a riposo**

**Il certificato è da ripedito completo in ogni sua parte e corredato dagli allegati richiesti entro e non oltre il 28.07.2024, direttamente per posta al Dr. med. Alessandro Galdi - Via Chiosso 15, 6948 Porza.**