

Visita medico sportiva

(Versione: 01.04.2021)

Data visita:	_____
Esaminatore/trice:	_____
Cognome, nome:	_____
Data di nascita:	_____
Sesso:	<input type="checkbox"/> maschile <input type="checkbox"/> femminile

s.p. reperti significativi

1. Testa/collo

Occhi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Occhiali	<input type="checkbox"/>	Lenti a contatto	<input type="checkbox"/>
Visus (lontano)	sx non corr.		dx non corr.			
	sx con corr.		dx con corr.			
Naso/seni paranasali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Denti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gola/Tonsille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Orecchie/timpani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
altro						

2. Torace/polmoni

Auscultazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percussione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabbia toracica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro		

3. Cuore/apparato circolatorio

Polso: /min	PA:	/	mmHg
Auscultazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toni cardiaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polsi periferici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

s.p. reperti significativi

8. Apparato locomotore

Marcia/Postura/Asse arti inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Forma del rachide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	abbassamento a	<input type="checkbox"/> dx	<input type="checkbox"/> sx	meno cm
Art. sacroiliache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lunghezza arti inf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Colonna cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Colonna dorsale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Colonna lombare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cingolo omeroscapolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Mani/polsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ginocchia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Caviglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Flessibilità muscolare/Mobilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Test funzionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Reperti specifici per lo sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Annotare reperti patologici (rubrica 8):

