

## Visita medico sportiva

(Versione: 01.07.2026)

Data visita:	_____	
Esaminatore/trice:	_____	
Cognome, nome:	_____	
Data di nascita:	_____	
Sesso:	<input type="checkbox"/> maschile	<input type="checkbox"/> femminile
Peso [kg]:	_____	percentile <sup>1</sup> : _____
Altezza [m]:	_____	percentile <sup>1</sup> : _____
IMC [kg/m <sup>2</sup> ]:	_____	percentile <sup>1</sup> : _____

<sup>1</sup> Solo per bambini e adolescenti

### 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

4. Linfonodi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cervicali dx/sx	<input type="checkbox"/> ascellari dx/sx
--------------	--------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------

inguinali dx/sx

altri

**5. Cute**

**6. Addome**

Palpazione

Fegato

Milza

Logge renali

Ernie/genitali/stadio di Tanner

**7. Sistema nervoso**

Riflessi

Achilleo dx/sx

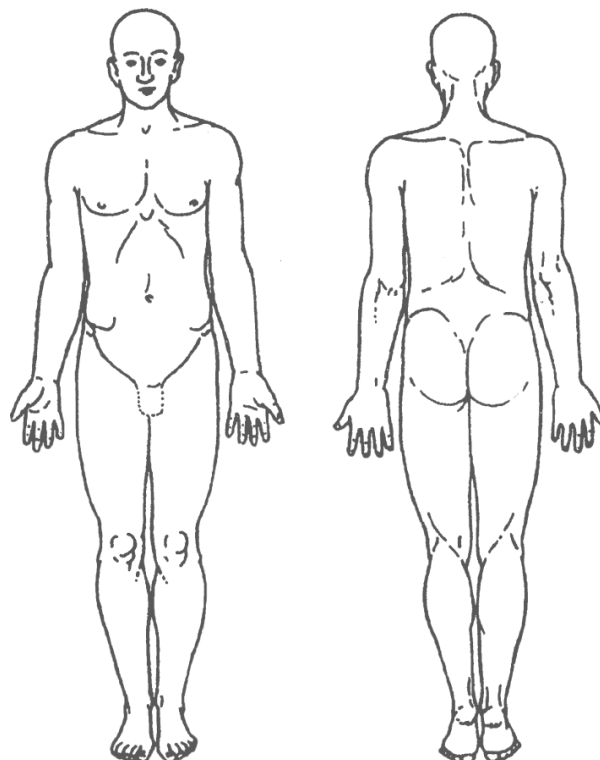
Patellare dx/sx

altri

Sensibilità

Motricità

**Annotare i reperti patologici (rubriche 1 – 7):**



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):**

