

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DICHIARAZIONE DELL'ATLETA SE MAGGIORENNE - O DEI GENITORI PER MINORI DI 18 ANNI

Cognome: _____ Nome: _____ Età: _____

Sesso: M F Ulss: _____ Documento d'identità: _____ N° _____

Nato a: _____ Prov: _____ il: _____

Residente a: _____ Prov: _____ Via: _____ N°: _____

Tel. _____ Sport per cui è richiesta la visita: _____ Società: _____

AGONISTICO
 NON AGONISTICO

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (barrare le caselle indicando il tipo di malattia dalla quale sono o sono stati affetti i familiari, specificando a lato la parentela

A) 1. I parenti sono affetti da:

Iperensione	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____
Infarto e/o malattie coronariche	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____
Aritmie	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____
Malattia delle valvole	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____
Ischemica cerebrale	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____
Diabete	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____
Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____
Morti improvvise	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____
Malattie Genetiche	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

2. Fumo NO SI Quante sigarette al giorno? _____ Da quanti anni? _____

Caffè NO SI Quanti al giorno? _____

Alcolici NO SI Quantità? _____

Professione: _____

3. Malattia dell'infanzia NO SI quali _____

4. Aritmie e difetti congeniti al cuore NO SI _____

Malattie valvole cardiache NO SI _____

Infarto e/o malattie coronariche NO SI _____

Ipercolesterolemia NO SI _____

Diabete NO SI _____

Asma NO SI _____

Allergie NO SI Quali? _____

Iperensione NO SI Quali? _____

Svenimento NO SI Quali? _____

Epilessia NO SI _____

Trauma cranico NO SI Quando? _____

Piede piatto NO SI _____

Scoliosi NO SI _____

Ernie discali e/o Protrusioni NO SI _____

Altre malattie NO SI Quali? _____

DURANTE L'ESERCIZIO FISICO:

Battito del cuore irregolare NO SI _____

Difficoltà respiratoria persistente NO SI _____

Affaticamento eccessivo NO SI _____

5. Infortuni/lesioni gravi NO SI Quali e quando? _____

6. Interventi chirurgici e/o ricoveri NO SI Quali e quando? _____

7. Ultima vaccinazione antitetanica data: _____

compilare anche retro ->

8. Assume farmaci? NO SI Quali? _____
 Patologia? _____
 Dosi: _____

9. Utilizza occhiali? NO SI per quali difetti _____
 Traumi oculari? NO SI _____

10. Cure con busti correttivi? NO SI Ginnastica correttiva? NO SI
 Rialzo ai piedi? NO SI Scarpe ortopediche? NO SI

11. Hai già fatto visite di idoneità? NO SI Se sì, dove l'ultima volta? _____ In che anno? _____
 Sei mai stato dichiarato "NON IDONEO"? NO SI
 Ti sono mai stati richiesti accertamenti supplementari? NO SI Quali? _____

SOLO FEMMINILE:

ciclo mestruale età prima mestruazione _____ ciclo regolare ciclo irregolare
 menopausa gravidanza se sì quante _____

Io sottoscritto **dichiaro di aver informato correttamente il medico** delle mie condizioni psicofisiche, che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di **non aver omesso nulla** circa malattie o menomazioni pregresse o in atto. Dichiaro inoltre di non aver ricevuto in altra sede giudizio di **"NON IDONEITA"** alla pratica sportiva. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol. (Circ. Reg. Veneto n° 23694 del 20/06/1986)

Con la presente: acconsento non acconsento
 ai sensi della attuale legge sulla privacy, a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Con la presente: acconsento non acconsento
 il Centro di Medicina, in caso di fermo certificato, ad avvisare la Società Sportiva di appartenenza.

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....il.....
 residente in..... Via

* da compilare in caso di paziente minore o soggetti sottoposti a tutela

-1 * in qualità di esercente la potestà sul minore.....

-2 * in qualità di tutore del paziente.....

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato dichiaro di esprimere il consenso all'effettuazione della visita medica. Per la prova da sforzo, dove prevista, al cicloergometro/tappeto rotante con lo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare o definire la natura dei disturbi cardiaci accusati dal minore e decidere sull'iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine, mi è stato consegnato e spiegato il consenso informato per la prova da sforzo. Esprimo inoltre il consenso alla consegna del giudizio di idoneità o non idoneità alla società sportiva e alla "Direzione Regionale Salute".

* **DELEGO** il/la Sig./ra _____ ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio/a si sottoporrà per l'accertamento della idoneità alla pratica sportiva agonistica. (Allegare fotocopia documento di identità valido attestante la patria potestà)

Data _____ Firma dell'atleta (o del genitore per i minorenni) _____

Firma del medico dello sport _____

Qualora l'Atleta risulti IDONEO verrà consegnato **solo il certificato sportivo** non gli esiti degli esami eseguiti in fase di visita. Tutta la raccolta dei dati anamnestici (spirometria, ECG. Test da sforzo...) fanno parte di una Cartella Clinica di proprietà del Centro di Medicina e de Medico dello Sport.