

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

**DATI DELL'ATLETA (Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'Atleta se maggiorenne, dal genitore con i dati dell'Atleta se minorenne. La casella di scelta NO o SI dovrà essere sempre barrata).**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_

Sesso: M F Ulss: \_\_\_\_\_ Documento d'identità: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_

Residenza a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Domicilio a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Sport per cui si è richiesta la visita: \_\_\_\_\_ Società: \_\_\_\_\_

AGONISTICO

NON AGONISTICO

BANDO MILITARE

**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).**

1. I parenti sono affetti da:

Ipertensione	NO	SI	chi _____
Infarto e/o malattie coronariche	NO	SI	chi _____
Aritmie	NO	SI	chi _____
Malattia delle valvole	NO	SI	chi _____
Ischemia cerebrale	NO	SI	chi _____
Diabete	NO	SI	chi _____
Ipercolesterolemia	NO	SI	chi _____
Morti improvvise	NO	SI	chi _____
Malattie genetiche	NO	SI	chi _____

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

2. Ultima vaccinazione antitetanica data: \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Fumo NO SI Quante sigarette al giorno? \_\_\_\_\_ Da quanti anni? \_\_\_\_\_

Caffè NO SI Quanti al giorno? \_\_\_\_\_

Alcoolici NO SI Quantità? \_\_\_\_\_

Malattia dell'infanzia NO SI Quali? \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Ipotensione/Ipertensione NO SI Se si quale? \_\_\_\_\_

Ipotiroidismo/Ipertiroidismo NO SI Se si quale? \_\_\_\_\_

Epilessia NO SI \_\_\_\_\_

Trauma cranico NO SI Quando? \_\_\_\_\_

Piede piatto NO SI Plantari? \_\_\_\_\_ Scarpe ortopediche? \_\_\_\_\_

Scoliosi NO SI Cure con busti correttivi? \_\_\_\_\_ Ginnastica correttiva? \_\_\_\_\_

Ernie discali e/o Protusioni NO SI Cure con busti correttivi? \_\_\_\_\_ Ginnastica correttiva? \_\_\_\_\_

Altre malattie NO SI Quali? \_\_\_\_\_

Assume farmaci? NO SI Quali? \_\_\_\_\_

Dosi: \_\_\_\_\_

Patologia? \_\_\_\_\_

3. ANAMNESI CARDIOLOGICA:

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico? NO SI \_\_\_\_\_

Ha mai avuto la sensazione di battito mancante? NO SI \_\_\_\_\_

Quando compie uno sforzo fisico (scale, corsa): accusa o ha accusato mancanza di respiro? NO SI \_\_\_\_\_

senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace? NO SI \_\_\_\_\_

Ha mai accusato episodi d'improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità? NO SI \_\_\_\_\_

4. Infortuni/lesioni gravi NO SI Quali e quando? \_\_\_\_\_
5. Interventi chirurgici e/o ricoveri NO SI Quali e quando? \_\_\_\_\_
6. Utilizza occhiali? NO SI Per quali difetti? \_\_\_\_\_  
Traumi oculari? NO SI \_\_\_\_\_
7. 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 Se sì, per quali motivi? \_\_\_\_\_  
Ti sono mai stati richiesti accertamenti supplementari? NO SI Se sì, quali e per quale motivo? \_\_\_\_\_
8. **SOLO FEMMINILE:**
- ciclo mestruale età prima mestruazione \_\_\_\_\_  ciclo regolare  ciclo irregolare  
data ultima mestruazione \_\_\_\_\_ menopausa  SI  NO 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 alcool. (Circ. Reg. Veneto n°23694 del 20/06/1986).

Con la presente:  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

ai sensi dell'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.

**DA COMPILARE IN CASO DI ATLETA MINORE O SOGGETTO SOTTOPOSTO A TUTELA:**

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

1. in qualità di esercente la potestà sul minore .....
2. in qualità di tutore dell'Atleta .....

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

acconsento  non acconsento all'effettuazione della visita medica.

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 se minorenne) \_\_\_\_\_

Firma del Medico dello Sport \_\_\_\_\_

**Qualora l'Atleta risulti IDONEO verrà consegnato solo il certificato medico sportivo non gli esiti degli esami eseguiti in fase di visita, esami eseguiti al solo scopo valutativo al fine del rilascio del certificato e non spendibili in altra visita. Tutta la documentazione, in originale, prevista dalla visita (spirometria, ECG, Test da sforzo, certificato ...) fa parte di una Cartella Clinica la cui conservazione è onere e responsabilità del Centro di Medicina e del Medico dello Sport. Per quanto riguarda gli esami di approfondimento eventualmente richiesti (ecocardiaca, holter...) verranno conservati in copia in cartella clinica, mentre gli originali di questi esami saranno consegnati all'atleta. Qualora il paziente avesse la necessità di avere i referti può sempre fare richiesta successiva di copia cartella clinica al costo di € 10.00.**