

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: _____

Residente 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 si 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 minorenni) _____

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.