

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

DATI ANAMNESTICI
 questionario da compilare a cura dell'atleta maggiorenne o di uno dei genitori dell'atleta minore

Cognome _____ Nome _____
 Nato a _____ il _____ Asl di appartenenza _____
 Residente a _____ Via _____ n. _____
 Tessera sanitaria []
 Codice fiscale []
 Tel. _____ Cell. _____ Fax _____

Sport per cui ha chiesto la visita _____ Società _____
 Nr. allenamenti/settimana _____ Ore totali di sport settimanali _____

E' la prima visita di idoneità all'attività sportiva che effettua? SI NO

Ha eseguito altre visite di idoneità: l'ultima nell'anno _____ Per quale sport? _____
 E' sempre risultato idoneo? SI NO E' risultato non idoneo nell'anno _____

E' sempre risultato idoneo dopo accertamenti? SI NO

Se sì, quali? _____

MALATTIE PRESENTI NEI FAMILIARI di primo grado (genitori, fratelli, zii, nonni ...)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> malattie cardiache | <input type="checkbox"/> diabete | <input type="checkbox"/> ipertensione arteriosa |
| <input type="checkbox"/> infarto | <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> ictus cerebrale |
| <input type="checkbox"/> Morte improvvisa in giovane età (meno di 40 anni) | <input type="checkbox"/> colesterolo elevato | |
| <input type="checkbox"/> Altre | | |

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Femmina: Età della prima mestruazione: _____ Data dell'ultima: _____
 Soffre di disturbi del ciclo? SI NO Assume anticoncezionali? SI NO

Beve alcolici (vino, birra, ...) SI NO Se sì, quanto? _____

Quantità caffè beve al giorno? _____

Fuma? SI NO Se sì, quante sigarette al giorno? _____ Da quanti anni? _____

Fa uso di occhiali o lenti a contatto? SI NO

MALATTIE SOFFERTE

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> morbillo | <input type="checkbox"/> parotite (orecchioni) | <input type="checkbox"/> malattie di cuore | <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> malattie renali |
| <input type="checkbox"/> pertosse | <input type="checkbox"/> sinusiti | <input type="checkbox"/> ipertensione | <input type="checkbox"/> polmoniti | <input type="checkbox"/> malattie alla tiroide |
| <input type="checkbox"/> rosolia | <input type="checkbox"/> otiti | <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> mononucleosi | <input type="checkbox"/> malattie dell'occhio |
| <input type="checkbox"/> varicella | <input type="checkbox"/> malattie dell'orecchio | <input type="checkbox"/> diabete | <input type="checkbox"/> malattie di fegato | <input type="checkbox"/> trauma cranico |
| <input type="checkbox"/> scarlattina | <input type="checkbox"/> tonsilliti | <input type="checkbox"/> allergie | <input type="checkbox"/> epatite A-B-C | <input type="checkbox"/> altre malattie |

piedi piatti/cavi ha portato o porta rialzi al piede/plantari
 scoliosi ha portato o porta busto correttivo

Le è mai stato riscontrato durante una visita medica ?

MALATTIA CARDIACA SI NO
SOFFIO CARDIACO SI NO
IPERTENSIONE ARTERIOSA SI NO
ARITMIE CARDIACHE SI NO

Sente attualmente, o ha mai accusato nel passato, alcuni dei seguenti disturbi durante la pratica dell'attività sportiva ?

CAPOGIRI SI NO DIFFICOLTA' DI RESPIRO SI NO
SVENIMENTI SI NO DOLORE O COSTRIZIONE AL PETTO SI NO
BATTITO CARDIACO IRREGOLARE SI NO

Ha mai eseguito i seguenti accertamenti cardiologici:

Ecocardiogramma SI NO
Holter ECG 24 ore SI NO
Test al cicloergometro SI NO
Attualmente è in cura con farmaci? SI NO

Se sì, quali e
per quale
motivo
.....

INTERVENTI CHIRURGICI:

nessuno appendice tonsille adenoidi ernia al disco
 altri quali?

TRAUMI DELL'APPARATO OSTEO-ARTICOLARE:

- Fratture SI NO se sì, quali:

- Distorsioni SI NO se sì, quali:

- Lesioni muscolari(strappi, stiramenti) SI NO se sì, quali:

- Lesioni ligamentose e meniscali SI NO se sì, quali:

RICOVERI IN OSPEDALE PER ALTRI MOTIVI:

Quali?

PRO-MEMORIA PER L'ATLETA

Al momento della visita medica dovrà presentarsi munito di tessera sanitaria e documento di identità, eventuale documentazione sanitaria (esami del sangue, lettere di dimissioni ospedaliere, esiti di visite specialistiche, ecc.). Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente.

E', inoltre, buona norma arrivare alla visita in ottimali condizioni di pulizia personale.

Informato sulle modalità di esecuzione della visita medica e degli accertamenti previsti dalla normativa in vigore per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica, acconsento a sottoporre l'atleta alla visita medico sportiva.

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 25694 DEL 20/6/86

Il/La sottoscritto/a dichiara che l'atleta sopraindicato è non è stato/a sottoposto/a a precedenti visite medico sportive e che le notizie date nel presente questionario sono complete e veritiere. DICHIARA, inoltre, che l'atleta non ha accertamenti in sospeso relativi a tali visite presso altre strutture pubbliche o private.

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 196/2003 AUTORIZZA, in qualità di legale rappresentante, il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e la comunicazione dei dati stessi ai soggetti ivi indicati.

_____ Data

_____ firma dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minori

Dipartimento di Prevenzione SERVIZIO MEDICINA LEGALE E NECROSCOPICA Responsabile dott. Luciano Pullano Colao
Centro Servizi Socio Sanitari " Guido de Rossignoli" via Cao del Mondo 1 35012 Camposampiero Pd
T. (+39) 049 9 9822119 Fax (+39) 049 9822114 direzione_ml@ulss15.pd.it