

AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Modulo anamnestico per l' accertamento di idoneità all'attività sportiva AGONISTICA

Nome e Cognome _____ Data di nascita e luogo _____

Sport per cui si richiede il certificato _____

Società sportiva _____

Residenza e indirizzo _____

Contatto telefonico (oppure e-mail) _____

Professione _____ Età compiuta _____

Documento di identità _____ Medico di base _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL' ATLETA (genitori, fratelli, nonni)

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore	SI	NO	Malattie polmonari	SI	NO	Tumori	SI	NO
Morte improvvisa	SI	NO	Allergie	SI	NO	Malattie renali	SI	NO
Ipertensione arteriosa	SI	NO	Asma	SI	NO	Malattie del sangue	SI	NO
Colesterolo, Diabete	SI	NO	Ictus	SI	NO	Malattie del fegato	SI	NO
Altre malattie _____								

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

In seguito ad una visita medica, le è mai stato riferito/diagnosticato:

Malattie di cuore	SI	NO	Soffio al cuore	SI	NO
Aritmie (battiti irregolari)	SI	NO	Ipertensione arteriosa	SI	NO
Malattie polmonari	SI	NO	Diabete o ipercolesterolemia	SI	NO

Durante la sua vita ha mai accusato:

Dolore o costrizione al petto	SI	NO
Svenimenti	SI	NO
Cardiopalmi – tachicardia	SI	NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	SI	NO

Durante e/o dopo lo sforzo fisico ha mai accusato:

Difficoltà respiratoria improvvisa/ anomala	SI	NO
---	----	----

E' mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici? (ecografia – ultrasuoni al cuore; Holter)

SI NO

Se SI, quali e per quale motivo?

Vaccinazione antitetanica a norma? SI NO

MALATTIE DELL'ATLETA:

Morbillo	SI	NO	Asma	SI	NO	Diabete	SI	NO
Varicella	SI	NO	Asma da sforzo	SI	NO	Colesterolo alto	SI	NO
Parotite	SI	NO	Eczema/orticaria	SI	NO	Trigliceridi alti	SI	NO
Rosolia	SI	NO	Emorragie frequenti	SI	NO	Epatite virale	SI	NO
Pertosse	SI	NO	Cefalea	SI	NO	Mononucleosi	SI	NO
Febbre Reumatica	SI	NO	Convulsioni	SI	NO	Malattie genetiche	SI	NO
Tonsilliti	SI	NO	Epilessia	SI	NO	Mal. Reumatologiche	SI	NO
Otiti	SI	NO	Malattie intestinali	SI	NO	Disturbi urinari	SI	NO
Sinusiti	SI	NO	Gastrite – ulcera	SI	NO	Acido urico alto	SI	NO
Polmoniti	SI	NO	Calcoli	SI	NO	Malattie tiroidee	SI	NO

ALLERGIE? SI NO Se SI, quali _____

ALTRE PATOLOGIE NON COMPRESSE NELLA TABELLA _____

Malattie tiroidee SI NO Acido urico alto SI NO

Attualmente assume medicine? SI NO se SI, quali e con quale dosaggio?

E' mai stato/a sottoposto/a a interventi chirurgici? SI NO se SI, quali e in quale anno?

E' mai stato/a sottoposto/a a trattamenti o cure ortopediche? SI NO
Se SI, quali e in che anno

Fa uso di occhiali o lenti a contatto? SI NO

se SI quali e per quale disturbo/difetto? _____

Per l'atleta donna:

Età prima mestruazione _____ Soffre di disturbi del ciclo SI NO

E' mai stato sospeso dall'attività sportiva agonistica in seguito alla visita medico-sportiva?

SI NO se SI, per quale motivo? _____

La/il sottoscritta/o (Genitore o persona munita di delega per i minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver compreso il presente questionario in tutte le sue voci, e di avere informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie.

Dichiara inoltre che le notizie fornite sul questionario, sono complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato “*NON IDONEO*” o di non essere attualmente “*SOSPESO*” da una qualsiasi struttura pubblica o privata di Medicina dello Sport.

Autorizza l'Equipe medica ad espletare il test da sforzo al cicloergometro, finalizzato ad escludere e/o individuare anomalie cardiovascolari/pneumologiche, nella consapevolezza dei potenziali minimi rischi intrinseci al test stesso (complicanze gravi in meno di 1/10 000 test).

Dichiara di aver correttamente compreso le spiegazioni sul test da sforzo e di aver ottenuto dal personale medico e infermieristico tutti i chiarimenti richiesti.

FIRMA DELL'ATLETA

(Firma del Genitore/persona munita di delega per i minorenni)

Il sottoscritto esprime il consenso e autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 - GDPR .

Dosson di Casier, _____

FIRMA DELL'ATLETA

(Firma del Genitore/persona munita di delega per i minorenni)
