



SCHEDA ANAMNESTICA PER VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT

ATTENZIONE! Presentarsi alla visita con questa scheda compilata.

In caso di difficoltà a compilare alcune parti, è possibile completare la scheda confrontandosi con il personale sanitario in sede di visita

Cognome e nome dell'atleta

nato/a il a Prov.

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

In riferimento a ciascuna delle malattie elencate di seguito, indichi se una o più persone della sua famiglia ne hanno sofferto. Ogni volta che risponde "sì", specifichi a quale/i familiare/i si riferisce (genitore, fratello/sorella, nonno/a):

Malattie del cuore	sì	no
Ipercolesterolemia	sì	no
Iperensione	sì	no
Diabete	sì	no
Morti improvvise	sì	no
Malattie genetiche (Marfan, anemia mediterranea, anomalie della coagulazione, ecc.)	sì	no

INFORMAZIONI SULL'ATLETA

Malattie attuali e precedenti

Allergie	sì	no	Malattie della pelle	sì	no	Diabete	sì	no
<i>Malattie apparato muscolo-scheletrico</i>			Epatite virale	sì	no	Ipercolesterolemia	sì	no
Scoliosi	sì	no	Febbre reumatica	sì	no	Ipo/Ipertiroidismo	sì	no
Dorso curvo	sì	no	Anemia	sì	no	Altre malattie metaboliche	sì	no
Piede piatto	sì	no	Malattie dei reni	sì	no	Vertigini	sì	no
Altro	sì	no	Malattie dell'intestino	sì	no	Svenimenti	sì	no
<i>Malattie dell'apparato respiratorio</i>			Celiachia	sì	no	Palpitazioni	sì	no
Bronchiti, Polmoniti	sì	no	Epilessia/Convulsioni	sì	no	Trauma cranico	sì	no
Asma bronchiale	sì	no	Altre malattie neurologiche	sì	no	Fratture	sì	no
Frequenti otiti/tonsilliti	sì	no	Tumori	sì	no	Altri traumi	sì	no
			Malattie del cuore	sì	no	Se sì, specificare		
							

Interventi chirurgici e ricoveri ospedalieri

Ha subito interventi chirurgici ambulatoriali o in ricovero? sì no - Se ha risposto sì, indichi quale/i e in che anno

- intervento anno
- intervento anno
- intervento anno

Oltre a eventuali ricoveri per intervento chirurgico, ha avuto altri ricoveri? sì no

Se ha risposto sì, indichi per quale motivo e in che anno

- ricovero per anno
- ricovero per anno
- ricovero per anno

Dopo gli eventuali interventi chirurgici e/o ricoveri, è guarito completamente? sì no

Se ha risposto no, descriva i disturbi rimasti

.....

Altre informazioni

Sta facendo cure o terapie con farmaci? sì no

Se sì, quali o per quale motivo?

In passato ha eseguito un'ecografia del cuore? sì no

In passato ha eseguito un holter cardiaco delle 24 ore? sì no

Usa occhiali o lenti corneali? sì no - Se sì, per quale motivo?

È stato in cura con busti correttivi? sì no

Usa plantari o rialzo ad un piede? sì no

È mai stato dichiarato non idoneo alla pratica sportiva agonistica? sì no

Data dell'ultima visita di idoneità alla pratica sportiva agonistica

Fuma sigarette? sì no

Beve alcolici? sì no

Assume bevande energizzanti? sì no

Assume integratori? sì no - Se sì, quali?

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiara, inoltre, di avere informato il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti. L'atleta si impegna a non fare uso di droghe e sostanze dopanti. Dichiara di essere stato informato dei pericoli derivanti dal tabacco e dall'uso di alcool.

Luogo e data

Firma dell'atleta, se maggiorenne

.....

Cognome e nome (in stampatello) del genitore/tutore in caso di atleta minorenni

.....

Firma del genitore/tutore

.....

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – INFORMAZIONI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Per avere informazioni sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali, può leggere la pagina internet all'indirizzo www.ausl.mo.it/informativaprivacy