

SCHEDA ANAMNESTICA PER VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT MEDICAL HISTORY SHEET FOR SPORTS MEDICAL VISIT

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

ATTENTION! Fill in this form before attending the visit. If you have difficulty in filling in some parts, you can get assistance from the health personnel during the visit

Cognome e nome dell'atleta – **First and last name of the athlete**

nato/a il - **born on**..... a - **in** Prov. - **Prov.**.....

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA – FAMILY INFORMATION

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):

Please indicate if one or more members of your family have suffered from each of the diseases listed below. Whenever you answer “yes”, please specify which family member(s) you are referring to (parent, sibling, grandparent):

Malattie del cuore – Heart disease	yes	no
Ipercolesterolemia – Hypercholesterolemia	yes	no
Ipertensione - Hypertension	yes	no
Diabete - Diabetes	yes	no
Morti improvvise – Sudden death	yes	no
Malattie genetiche (Marfan, anemia mediterranea, anomalie della coagulazione, ecc.) Genetic diseases (Marfan syndrome, thalassaemia, coagulation abnormalities, etc.)	yes	no

INFORMAZIONI SULL'ATLETA – ATHLETE'S INFORMATION

Malattie attuali e precedenti - Current and previous diseases

Allergie Allergies	yes	no	Malattie della pelle Skin diseases	yes	no	Diabete Diabetes	yes	no
Malattie apparato muscolo-scheletrico Musculoskeletal diseases			Epatite virale Viral hepatitis	yes	no	Ipercolesterolemia Hypercholesterolemia	yes	no
Scoliosi Scoliosis	yes	no	Febbre reumatica Rheumatic fever	yes	no	Ipo/Ipertiroidismo Hypo/Hyperthyroidism	yes	no
Dorso curvo Curvature of the spine	yes	no	Anemia Anaemia	yes	no	Altre malattie metaboliche Other metabolic diseases	yes	no
Piede piatto Flat foot	yes	no	Malattie dei reni Kidney diseases	yes	no	Vertigini Dizziness	yes	no
Altro Other	yes	no	Malattie dell'intestino Intestinal diseases	yes	no	Svenimenti Fainting	yes	no
Malattie dell'apparato respiratorio Respiratory diseases			Celiachia Coeliac disease	yes	no	Palpitazioni Palpitations	yes	no
Bronchiti, Polmoniti Bronchitis, Pneumonia	yes	no	Epilessia/Convulsioni Epilepsy/Seizures	yes	no	Trauma cranico Head injury	yes	no
Asma bronchiale Bronchial asthma	yes	no	Altre malattie neurologiche Other neurological diseases	yes	no	Fratture Fractures	yes	no
Frequenti otiti/tonsilliti - Frequent otitis/tonsillitis	yes	no	Tumori Tumours	yes	no	Altri traumi Other traumas	yes	no
			Malattie del cuore Heart disease	yes	no	Se sì, specificare- <i>If yes, please specify</i>		

Interventi chirurgici e ricoveri ospedalieri – Surgeries and hospitalisation

Ha subito interventi chirurgici ambulatoriali o in ricovero? sì no - Se ha risposto sì, indichi quale/i e in che anno
Have you had any outpatient or inpatient surgeries? yes no - If you answered yes, please indicate which year(s)

- intervento - procedure anno - year
- intervento - procedure anno - year
- intervento - procedure anno - year

Oltre a eventuali ricoveri per intervento chirurgico, ha avuto altri ricoveri? sì no
In addition to any surgical admissions, have you had any other hospitalisation? yes no

Se ha risposto sì, indichi per quale motivo e in che anno – If you answered yes, please indicate why and in which year

- ricovero per - hospitalisation for anno - year
- ricovero per - hospitalisation for anno - year
- ricovero per - hospitalisation for anno - year

Dopo gli eventuali interventi chirurgici e/o ricoveri, è guarito completamente? sì no
After any surgeries and/or hospitalisation, did you recover fully? yes no

Se ha risposto no, descriva i disturbi rimasti – If you answered no, please describe the remaining disorders

Altre informazioni - Other information

Sta facendo cure o terapie con farmaci? sì no – Are you undergoing treatment or drug therapy? yes no

Se sì, quali o per quale motivo? – If yes, which or why?

In passato ha eseguito un'ecografia del cuore? sì no – Have you had a heart ultrasound in the past? yes no

In passato ha eseguito un holter cardiaco delle 24 ore? sì no - Have you had a 24-hour cardiac holter monitor in the past? yes no

Usa occhiali o lenti corneali? sì no - Se sì, per quale motivo?
Do you wear glasses or corneal lenses? yes no - If yes, why?

È stato in cura con busti correttivi? sì no - Have you been treated with corrective corsets? yes no

Usa plantari o rialzo ad un piede? sì no - Do you wear arch supports or a foot lift? yes no

È mai stato dichiarato non idoneo alla pratica sportiva agonistica? sì no - Have you ever been declared ineligible for competitive sports? yes no

Data dell'ultima visita di idoneità alla pratica sportiva agonistica - Date of the last eligibility visit for competitive sports/...../.....

Fuma sigarette? sì no – Do you smoke cigarettes? yes no

Beve alcolici? sì no – Do you drink alcohol? yes no

Assume bevande energizzanti? sì no – Do you take energy drinks? yes no

Assume integratori? sì no - Se sì, quali? – Do you take supplements? yes no - If yes, which?.....

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.

I, the undersigned, declare under my own responsibility that the information provided in the questionnaire is complete and true. I also declare that I have informed the doctor of my current psycho-physical condition and previous illnesses.

I, the athlete, undertake not to use drugs and performance enhancers.

I declare that I have been informed about the dangers of tobacco and alcohol use.

Luogo e data – Place and date

Firma dell'atleta, se maggiorenne- Athlete's signature, if of age

.....

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

**First and last name (in block letters)
of the parent/guardian if the athlete is under age**

.....

Firma del genitore/tutore - Parent/guardian's signature

.....

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

PROCESSING OF PERSONAL DATA – INFORMATION ON REGULATION (EU) 2016/679

For information on the processing and protection of your personal data, you can read the website page at www.ausl.mo.it/informativaprivacy