



SCHEDA ANAMNESTICA PER VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT FICHE DE VISITE POUR LA MÉDECINE DU 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

ATTENTION ! Remplissez la fiche avant le rendez-vous. Si vous avez des difficultés pour compléter certaines parties de la fiche, vous pourrez le faire avec le personnel médical pendant la visite

Cognome e nome dell'atleta – Nom et prénom du sportif

nato/a il - né/ée le a - à Prov. - Prov.....

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA – INFORMATIONS FAMILIALES

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):

Pour chacune de ces maladies, précisez si un ou plusieurs membres de votre famille en ont souffert. Si vous répondez oui, précisez de quel membre de la famille il s'agit (parent, frère, sœur, grand-parents):

Malattie del cuore – Maladies cardiaques	oui	non
Ipercolesterolemia – Cholestérol	oui	non
Ipertensione - Hypertension	oui	non
Diabete - Diabète	oui	non
Morti improvvise – Morts subites	oui	non
Malattie genetiche (Marfan, anemia mediterranea, anomalie della coagulazione, ecc.) Maladies génétiques (maladie de Marfan, anémie méditerranéenne, troubles de la coagulation, etc.)	oui	non

INFORMAZIONI SULL'ATLETA – INFORMATIONS CONCERNANT LE SPORTIF

Malattie attuali e precedenti - Maladies actuelles et antérieures

Allergie Allergies	oui	non	Malattie della pelle Maladies dermatologiques	oui	non	Diabete Diabète	oui	non
Malattie apparato muscolo-scheletrico Maladies du système musculosquelettique			Epatite virale Hépatite virale	oui	non	Ipercolesterolemia Hypercholestérolémie	oui	non
Scoliosi Scoliose	oui	non	Febbre reumatica Rhumatisme articulaire aigu	oui	non	Ipo/Ipertiroidismo Hypo/Hyperthyroïdie	oui	non
Dorso curvo Dos voûté	oui	non	Anemia Anémie	oui	non	Altre malattie metaboliche Autres maladies du métabolisme	oui	non
Piede piatto Pieds plats	oui	non	Malattie dei reni Maladies de reins	oui	non	Vertigini Vertiges	oui	non
Altro Autre	oui	non	Malattie dell'intestino Maladies de l'intestin	oui	non	Svenimenti Évanouissements	oui	non
Malattie dell'apparato respiratorio Maladies respiratoires			Celiachia Maladie coeliaque	oui	non	Palpitazioni Palpitations	oui	non
Bronchiti, Polmoniti Bronchites, pneumonies	oui	non	Epilessia/Convulsioni Épilepsie/Convulsions	oui	non	Trauma cranico Traumatismes crâniens	oui	non
Asma bronchiale Asthme	oui	non	Altre malattie neurologiche Autres maladies neurologiques	oui	non	Fratture Fractures	oui	non
Frequenti otiti/tonsilliti - Otites récurrentes/amygdalite	oui	non	Tumori Tumeurs	oui	non	Altri traumi Autres traumatisme	oui	non
			Malattie del cuore Pathologies cardiaques	oui	non	Se sì, specificare - Si oui, précisez		

Interventi chirurgici e ricoveri ospedalieri – Interventions chirurgicales et hospitalisations

Ha subito interventi chirurgici ambulatoriali o in ricovero? sì no - Se ha risposto sì, indichi quale/i e in che anno
Vous avez subi des interventions chirurgicales en ambulatoire ou en hospitalisation? oui non - Si vous avez répondu oui, indiquez lesquelles et quand

- intervento - intervention..... anno - année
- intervento - intervention anno - année
- intervento - intervention anno - année

Oltre a eventuali ricoveri per intervento chirurgico, ha avuto altri ricoveri? sì no
Avez-eu d'autres hospitalisations? oui non

Se ha risposto sì, indichi per quale motivo e in che anno – Si vous répondez oui, précisez pourquoi et quand

- ricovero per - hospitalisation pour anno - année
- ricovero per - hospitalisation pour anno - année
- ricovero per - hospitalisation pour anno - année

Dopo gli eventuali interventi chirurgici e/o ricoveri, è guarito completamente? sì no
Après vos interventions chirurgicales, avez-vous été entièrement guéri? oui non

Se ha risposto no, descriva i disturbi rimasti – Si vous avez répondu non, décrivez les problèmes qui ont persisté

Altre informazioni - Autres informations

Sta facendo cure o terapie con farmaci? sì no – Prenez-vous des médicaments? oui non

Se sì, quali o per quale motivo? – Si oui, lesquels et pour quelle pathologie?

In passato ha eseguito un'ecografia del cuore? sì no – Avez-vous déjà passé une échographie cardiaque? oui non

In passato ha eseguito un holter cardiaco delle 24 ore? sì no - Avez-vous déjà porté un holter cardiaque pendant 24 heures? oui non

Usa occhiali o lenti corneali? sì no - Se sì, per quale motivo?
Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact? oui non - Si oui, pour quelle pathologie?

È stato in cura con busti correttivi? sì no - Avez-vous déjà porté un corset orthopédique? oui non

Usa plantari o rialzo ad un piede? sì no - Portez-vous des semelles de compensation ou un réhausseur d'un côté? oui non

È mai stato dichiarato non idoneo alla pratica sportiva agonistica? sì no
Avez-vous déjà été déclaré inapte à la pratique d'un sport de compétition? oui non

Data dell'ultima visita di idoneità alla pratica sportiva agonistica - Date de la dernière visite médicale d'aptitude à la pratique sportive

Fuma sigarette? sì no – Fumez-vous? oui non

Beve alcolici? sì no – Buvez-vous de l'alcool? oui non

Assume bevande energizzanti? sì no – Prenez-vous des boissons énergisantes? oui non

Assume integratori? sì no - Se sì, quali? – Prenez-vous des compléments alimentaires? oui non
Si oui, lesquels?.....

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.

Je soussigné déclare sur l'honneur que les informations données dans ce questionnaire sont complète et sincères.

Je certifie avoir informé le médecin de mon état de santé actuel et de mes pathologies antérieures.

Le sportif s'engage à ne pas prendre de drogues ni de produit dopant.

Je déclare être informé des dangers dérivant du tabac et de l'alcool.

Luogo e data – Lieu et date

Firma dell'atleta, se maggiorenne - Signature du sportif s'il est majeur

.....

**Cognome e nome (in stampatello) del genitore/tutore in caso di atleta minorenni
Nom et prénom (en majuscules) du parent ou tuteur pour les mineurs**

.....

Firma del genitore/tutore - Signature du parent/tuteur

.....

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

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES – INFORMATIONS RÈGLEMENT (UE) 2016/679

Pour toute information sur le traitement et la protection de vos données personnelles, consultez la page Internet dédiée à l'adresse e-mail

www.ausl.mo.it/informativaprivacy