

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	
Ipertensione	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	<i>Se sì, specificare</i>	

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

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

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 minorenne

.....

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