

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

**DATI DELL'ATLETA (Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'Atleta se maggiorenne, dal genitore con i dati dell'Atleta se minorenni. La casella di scelta SI o NO dovrà essere sempre barrata).**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_

Sesso: M F Ulss: \_\_\_\_\_ Documento d'identità: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_

Residenza a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Domicilio a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

**GENITORE (o TUTORE delegato) in caso di Atleta minorenne**

Nome e Cognome		Luogo e Data di nascita	
Residenza e/o Domicilio		Documento d'identità (tipo e n°)	
Recapiti	Telefono	Mail	

**ANAMNESI FAMILIARE**

(notizie riguardanti Nonni, Genitori, Fratelli, Sorelle)

Eventi ischemici (Infarto, Ictus Cerebri, TIA) Se sì, CHI.....	SI	NO	Iperensione arteriosa Se sì, CHI.....	SI	NO
Morte Improvvisa Giovanile (Prima dei 50 anni) Se sì, CHI.....	SI	NO	Dislipidemie (es. Ipercolesterolemia, Ipertrigliceridemia) Se sì, CHI.....	SI	NO
Altre problematiche cardiologiche (es. Fibrillazione atriale, Aritmie, Cardiomiopatie congenite, Valvulopatie) Se sì, CHI.....	SI	NO	Diabete mellito Se sì, CHI.....	SI	NO
Altro (es. Tumori, Tireopatie, Pneumopatie, Mal. Genetiche) .....	se sì, CHI.....			SI	NO

**ANAMNESI PERSONALE (notizie riguardanti l'Atleta)**

Professione: \_\_\_\_\_

Sport per i quali si richiede la visita: \_\_\_\_\_

AGONISTICO  NON AGONISTICO  CONCORSO PUBBLICO

**Precedenti visite medico-sportive**

Anno	Sede	Esito
	<input type="checkbox"/> Centro di Medicina <input type="checkbox"/> Altra sede <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Idoneo/a <input type="checkbox"/> Sospeso/a <input type="checkbox"/> Non idoneo/a

**Anamnesi Cardiologica e fattori di rischio CV**
**Anamnesi Patologica Remota e altre informazioni**

Eventi ischemici (Infarto, Ictus Cerebri, TIA)	SI	NO	Polmoni e vie aeree (es. Asma, Broncospasmo, BPCO, Rinite allergica)	SI	NO
Aritmie cardiache (es. Battiti mancanti, Fibrillazione atriale, Palpitazioni, Tachicardia)	SI	NO	Apparato Gastrointestinale (es. RGE, Gastrite, RCU, Allergie e/o Intolleranze alimentari)	SI	NO
Valvulopatie (es. Soffii, Prolasso della v. Mitrale, Insufficienze o Stenosi valvolari)	SI	NO	Tiroide (es. Ipotiroidismo, Iperitiroidismo, T. Hashimoto)	SI	NO
Episodi pre-sincopali e/o sincopali (es. Svenimenti, Vertigini, Capogiri)	SI	NO	Muscoli – Ossa - Articolazioni (es. Traumi, Fratture, Scoliosi, Piedi piatti, Ernie discali)	SI	NO
Dispnea (es. Difficoltà respiratoria, Broncospasmo, Sibili)	SI	NO	Occhi (es. Miopia, Astigmatismo, Ipermetropia, Presbiopia, Strabismo)	SI	NO
Precordialgia (es. Dolore toracico, Dolore retrosternale, Senso di oppressione)	SI	NO	Correzione visiva (occhiali e/o lenti a contatto)	SI	NO
Iperensione arteriosa	SI	NO	Allergie (es. Dermatite, Orticaria, Rush cutaneo, Shock anafilattico)	SI	NO
Dislipidemie (es. Ipercolesterolemia, Ipertrigliceridemia)	SI	NO	Altro (es. Tumori, Mal. Genetiche, Eemicrania, Cefalea)	SI	NO
Diabete mellito	SI	NO	(solo sesso femminile) Ciclo mestruale	SI	NO
Ricoveri e/o Interventi Chirurgici	SI	NO	(se SI, specificare)		
Farmaci	SI	NO	(se SI, specificare)		

Vaccinazione antitetanica

Data \_\_\_\_\_

COVID+

Esantemi infantili

SI	NO
SI	NO
SI	NO

Fumo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EX	Alcool <input type="checkbox"/> Abituale <input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> NO	Caffè <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
N°/die		N°/die

## DICHIARAZIONI E CONSENSI

Le caselle vanno **SEMPRE** barrate dall'Atleta, se maggiorenne, o dal genitore/tutore delegato per l'Atleta minorenni.

**Dichiaro di aver informato correttamente il medico** delle condizioni psicofisiche, che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di **non aver omesso nulla** circa malattie o menomazioni pregresse o in atto.

**Dichiaro di non aver ricevuto** in altra sede giudizio di **"NON IDONEITA'"** alla pratica sportiva e **di NON AVERE** cartelle cliniche aperte presso altri Centri. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool. (Circ. Reg. Veneto n°23694 del 20/06/1986).

PRIVACY	
<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.
<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>	

COMUNICAZIONE ALLA SOCIETA'	
<input type="checkbox"/> <b>Società che richiede la visita medica:</b>	Art. 6 D. M. 18.2.1982: Qualora a seguito degli accertamenti sanitari risulti la NON idoneità alla pratica agonistica di un determinato sport, l'esito negativo con l'indicazione della diagnosi posta a base del giudizio viene comunicato, entro 5 giorni, all'interessato ed al competente ufficio regionale. Alla società sportiva di appartenenza viene comunicato il solo esito negativo.
<input type="checkbox"/> <b>Richiesta a titolo individuale</b>	

TEST DA SFORZO (solo visite agonistiche)	
<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<p>alla sottoposizione al test da sforzo (STEP TEST, cicloergometro, tapis roulant o armoergometro) ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e/o dopo la realizzazione della procedura.</p> <p>Il test da sforzo è un esame obbligatorio previsto dal D.M. 18.2.1982 per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica. L'esame non è esente da complicanze pertanto, durante la prova, il paziente dovrà tempestivamente segnalare la comparsa di anomalie che possono essere segni indicativi di uno stato di pericolo: sono a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto ad affrontare tali situazioni.</p>
<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>	

ATLETI MINORENNI ACCOMPAGNATI	
<b>DELEGO</b>	<p>il/la Sig./ra _____ ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio/a si sottoporrà per l'accertamento della idoneità alla pratica sportiva agonistica.</p> <p><i>(Allegare fotocopia documento di identità valido attestante la patria potestà)</i></p>

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenni)

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico dello Sport

Qualora l'Atleta risulti IDONEO verrà consegnato solo il certificato medico sportivo non gli esiti degli esami eseguiti in fase di visita, esami eseguiti al solo scopo valutativo al fine del rilascio del certificato e non spendibili in altra visita. Tutta la documentazione, in originale, prevista dalla visita (spirometria, ECG, Test da sforzo, certificato ...) fa parte di una Cartella Clinica la cui conservazione è onere e responsabilità del Centro di Medicina e del Medico dello Sport. Per quanto riguarda gli esami di approfondimento eventualmente richiesti (ecografia cardiaca, holter...) verranno conservati in copia in cartella clinica, mentre gli originali di questi esami saranno consegnati all'atleta. Qualora il paziente avesse la necessità di avere i referti può sempre fare richiesta successiva di copia cartella clinica al costo di € 10.00.