

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (visita NON agonistica)

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: _____

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"/> Pediatra	<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. Soffi, 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"/> ACCONSENTO	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"/> NON ACCONSENTO	

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

(parte a cura del Medico)

ESAME OBIETTIVO

Peso (Kg)	Altezza (cm)	BMI
		<input type="checkbox"/> Sottopeso < 18,4 <input type="checkbox"/> Normopeso 18,5 – 24,9 <input type="checkbox"/> Sovrappeso 25 – 29,9 <input type="checkbox"/> Obesità > 30

P.A. a riposo

Apparato cardiocircolatorio: **ndp** / _____

Apparato respiratorio: **ndp** / _____

Apparato locomotore: **ndp** / _____

Acuità visiva (decimi) normale corretta OD _____ OS _____

Ulteriori note:

Conclusioni esame obiettivo: normale _____

GIUDIZIO CONCLUSIVO

IDONEO/A **NON IDONEO/A** **SOSPESO/A**

VALIDITA' _____ mesi

Data _____

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

Timbro e Firma del Medico