

Visita: prima - successiva

Data visita/...../.....

**DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE
U.F. ISPN-MEDICINA DELLO SPORT**

Questionario anamnestico dell'atleta

N.B. Per il minore questo questionario deve essere compilato e firmato da un genitore

Cognome Nome

Nato a il

Residente in via tel.

Cod. Fisc. doc. identità

Medico di base

Sport attuale Praticato da anni

Società Sportiva sport precedenti /altri sport.....

Anamnesi Familiare

Di genitori-nonni-fratelli-zii-parenti prossimi (anche deceduti) indicare: malattie avute o presenti (in particolare malattie cardiocircolatorie congenite o acquisite, diabete, ictus, pressione alta, allergie, asma allergico, malattie della tiroide):.....

.....

Se qualcuno fosse deceduto prima dei 40 anni, specie se all'improvviso, specificare l'età e la causa (anche presunta):.....

Anamnesi fisiologica (dell'atleta)

Nato a termine Si No o Prematuro (6-8 mesi): specificare -

Per le donne: Menarca (1° mestruazione)- età:.....

Farmaci usati regolarmente o frequentemente

Se fumatore: n° sigarette al giorno da quanti anni

Se ex fumatore, ha smesso da anni usa alcoolici (si/no)

Anamnesi personale patologica (dell'atleta)

Malattie avute (malattie dei bambini tipo morbillo etc, convulsioni anche da piccolo, allergie, asma, malattie respiratorie, ictus, diabete e altre endocrine, del sangue, reumatiche o altre):

.....
.....
.....

Eventuali ricoveri ospedalieri (anche in day-hospital):

.....
.....

Infortuni...importanti.....

.....

Malattie particolari tipo: ipertensione, infarto miocardico, cardiopatie congenite, svenimenti, palpitazioni, aritmie, malori soprattutto durante attività fisica ed anche al di fuori di essa:

.....
.....
.....

Precedenti visite specialistiche ed esami - specie se cardiologici:

.....
.....

Ultima visita di idoneità sportiva: tipo di sport dove anno

Idoneo - Non idoneo Esami supplementari richiesti

Assumo la piena responsabilità che le notizie anamnestiche di cui sopra sono state da me rilasciate con assoluta fede e completezza. Dichiaro inoltre di essere stato informato della necessità di dover effettuare gli accertamenti previsti dal DM 18.2.1982, del loro potenziale rischio e di accettare comunque di essere esaminato con le modalità che la legge prevede per la concessione di idoneità sportiva agonistica.

Firma dell'atleta o del genitore (se minorenne)

Ulteriori chiarimenti in merito a quanto sopra in seguito a colloquio diretto con l'operatore sanitario:.....
.....
.....

Firma dell'atleta o del genitore (se l'atleta è minorenne)

Operatore sanitario che ha verificato la presente anamnesi – Firma

Consenso e autorizzazione (per i minorenni da compilare a nome dei genitori o tutori)

Io sottoscritto

nato a il

residente in via

documento di identità (numero del documento).....

genitore/tutore di (per i minorenni)

informato sulle lg. 675/96 e 196/2003 (trattamento dei dati personali e tutela delle persone), esprimo il mio consenso ed autorizzo l'UO di Medicina dello Sport della USL 9 di Grosseto al trattamento dei dati personali miei/di mio figlio/a esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e ricerca (in questo caso anonimi). Autorizzo lo stesso UO a richiedere presso altre strutture sanitarie o medici, anche per via telefonica, ogni informazione utile per la valutazione dei fattori di rischio connessi all'attività agonistica praticata da mio figlio/a.. Autorizzo il personale della UO di Medicina dello Sport ad informare di eventuali rilievi patologici le seguenti persone.

1)..... 2).....

Autorizzo la Società Sportiva all'eventuale ritiro del Libretto Sportivo mio o del figlio/a.

Acconsento (solo per i minorenni) alla pratica della disciplina agonistica

e all'effettuazione dei relativi accertamenti clinici previsti per il rilascio dell'inerente certificato di idoneità.

Data

Firma dell'atleta (del genitore/tutore se minorenne)

EVENTUALE DELEGA

Visto l'impossibilità da parte dei genitori ad accompagnare il figlio alla visita

Il sottoscritto nato a il

Genitore del minore.....

delego la sig.ra/il sig.

Doc. Identità (numero del documento).....

ad accompagnare mio/a figlio/a e a rappresentarmi durante la visita di idoneità agonistica.

Firma del genitore che delega.....

Eventuali note

.....
.....



SPAZIO RISERVATO AL MEDICO VISITATORE

NOTE EVENTUALI:

.....
.....

ESAME OBIETTIVO di nato il

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO:

.....
.....

ALTRI APPARATI:

.....
.....

PESO.....ALTEZZA.....PA.....VISUS OD...../10 VISUS OS...../10 LENTI.....

IL MEDICO VISITATORE:

ECG A RIPOSO.....

.....
.....

ECG DOPO STEP-TEST

.....
.....

IL MEDICO REFERTANTE:

ESAMI O REFERTI INTEGRATIVI RICHIESTI:

.....
.....

PRESCRIZIONI

IDONEITA' SI..... NO..... PER MESIprocedura sospesa per

DATA Il MEDICO (timbro e firma).....