

SCHEDA ANAMNESTICA AI FINI DEL RILASCIO DELL'IDONEITÀ SPORTIVA

da consegnare debitamente compilata al momento della visita

Cognome dell' Atleta	Nome
Nato il	A
Residente a	Via
Telefono	Cellulare
Codice fiscale	
Carta d'identità o patente numero (Atleta maggiorenne)	
Cognome Genitore	Nome
Carta d'identità o patente numero	Data rilascio
Cognome dell'altro Genitore	Nome
Carta d'identità o patente numero	Data rilascio
Sport per cui è richiesta l'idoneità sportiva	
Da quanti anni viene praticato questo sport?	Per quante ore settimanali?
Attualmente viene praticato qualche altro sport?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì per quante ore settimanali?
In passato sono stati praticati altri sport?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì per quanti anni?

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

specificare chi tra i famigliari (compresi nonni, zii, cugini) soffre o ha sofferto dei problemi di salute elencati:

morte improvvisa (prima dei 45 anni)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
malattie cardiache	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
infarto miocardico:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
angina:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
ipertensione:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
ictus cerebrale:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
colesterolo/trigliceridi elevati:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
diabete:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
allergie:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
asma:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
tumori:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?
malattie della tiroide:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	chi ne ha sofferto?

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

È già stato sottoposto a visite medico-sportive?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Se sì, è mai stato dichiarato non idoneo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Durante una visita medica sono mai state riscontrate le seguenti anomalie?

malattie cardiache.	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
soffio cardiaco:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
ipertensione arteriosa:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
aritmie cardiache:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Ha mai accusato i seguenti disturbi?

dolore o costrizione al petto	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
irregolarità del battito cardiaco	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
svenimento	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
vertigine / capogiri	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
attualmente sta assumendo farmaci	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali?

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA, soffre o ha mai sofferto di:

tonsilliti frequenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	malattie reumatiche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
broncopolmonite	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	epatite virale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
asma bronchiale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	malattie renali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
asma da sforzo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	sangue nelle urine	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
rinite allergica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	malattie del sangue	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
allergia alimentare	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	diabete	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
allergia a farmaci	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
colesterolo o trigliceridi elevati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	epilessia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
malattie dell'infanzia (morbillo, parotite, varicella, rosolia, etc.)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	meningite	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

INTERVENTI CHIRURGICI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali?
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------

INFORTUNI	
------------------	--

Trauma cranico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
----------------	-----------------------------	-----------------------------

Lesioni ai legamenti	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
----------------------	-----------------------------	-----------------------------

Lesioni meniscali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
-------------------	-----------------------------	-----------------------------

Fratture	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
----------	-----------------------------	-----------------------------

Lussazioni	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
------------	-----------------------------	-----------------------------

Distorsioni	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
-------------	-----------------------------	-----------------------------

Strappi muscolari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
-------------------	-----------------------------	-----------------------------

FA USO DI OCCHIALI?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Per quale motivo?
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

<input type="checkbox"/> Miopia	<input type="checkbox"/> Astigmatismo	<input type="checkbox"/> Ipermetropia	<input type="checkbox"/> Strabismo
---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Fuma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Beve alcolici	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
------	-----------------------------	-----------------------------	---------------	-----------------------------	-----------------------------

Anni di età della prima mestruazione:	Data ultimo ciclo mestruale:
---------------------------------------	------------------------------

I GENITORI dell'Atleta MINORENNE esercenti la responsabilità genitoriale:

- dichiarano di aver informato il medico dello sport in merito alle attuali condizioni psico-fisiche del figlio, alle sue eventuali precedenti patologie e che quanto esposto corrisponde a verità;
- dichiarano che il figlio non ha in sospeso accertamenti presso strutture pubbliche o private accreditate;
- dichiarano di acconsentire alla visita e alle relative procedure diagnostiche previste;
- dichiarano di acconsentire alla comunicazione dei dati alla rete regionale della Medicina dello sport e Informati sui diritti e sui limiti di cui al D.L. vo n. 196 del 30/06/2003 sulla tutela dei dati personali delle persone fisiche esprimono il loro consenso e autorizzano l'utilizzo dei dati personali, esclusivamente ai fini di diagnosi, cura e prevenzione.

Firma di ENTRAMBI I GENITORI

data _____ firma _____

data _____ firma _____

In caso di firma di un solo Genitore, lo stesso DICHIARA, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità (art. 46 del DPR n. 445 del 2000), che quanto sopra riportato e la **richiesta di visita** è fatta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

data _____ firma _____

FIRMA DELL'ATLETA SE MAGGIORENNE, il quale conferma le dichiarazioni sopra riportate e, informato sui diritti e sui limiti di cui al D.L. vo n. 196 del 30/06/2003 sulla tutela dei dati personali delle persone fisiche, esprime il proprio consenso e autorizza l'utilizzo dei dati personali, esclusivamente ai fini di diagnosi, cura e prevenzione

data _____ firma _____