


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	
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"/> sì, chi ne ha sofferto?
malattie di cuore:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
infarto miocardico:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
angina	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
ipertensione:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
ictus cerebrale:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
colesterolo/trigliceridi elevati:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
diabete:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
allergie:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
asma:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
tumori:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?
malattie della tiroide:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto?

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

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

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

malattie cardiache:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
soffio cardiaco:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
ipertensione arteriosa:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
aritmie cardiache:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

Ha mai accusato i seguenti disturbi?

dolore o costrizione al petto	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
irregolarità del battito cardiaco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
svenimento	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Vertigine / capogiri	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
attualmente sta assumendo farmaci	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, quali?

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

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

INFORTUNI

Trauma cranico	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Lesioni ai legamenti	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Lesioni meniscali	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Fratture	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Lussazioni	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Distorsioni	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Strappi muscolari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

FA USO DI OCCHIALI?

no sì, specificare per quale motivo

Miopia Astigmatismo Ipermetropia Strabismo

Fuma no sì Beve alcolici no sì

Anni di età 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 _____