



**DOMUS MEDICA**  
CENTRO CURE SPECIALISTICHE

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

**Da compiliarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta o del genitore per l'atleta minorenni**

Cognome e nome dell'atleta: .....

Data e luogo di nascita dell'atleta: .....

.....

Cognome e nome del genitore che accompagna: .....

.....

Pratica sport come:     agonista             non agonista     professionista

Numero e durata degli allenamenti a settimana .....

Prima visita per l'attività sportiva AGONISTICA

Data ultima visita .....

Sempre idoneo alle precedenti visite

Idoneo dopo accertamenti:  Holter-ecg 24h  ecocardiogramma  Holter pressorio

altri accertamenti .....

Non idoneo in precedenti visite per .....

.....

**NOTIZIE RIGUARDANTI GENITORI, NONNI, FRATELLI E SORELLE**

Infarto.....    Sì             No

Ictus.....    Sì             No

Ipertensione arteriosa.....    Sì             No

Diabete .....    Sì             No

Colesterolo alto .....    Sì             No

Morte improvvisa GIOVANILE (prima dei 50 anni).....    Sì             No

.....

.....

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

**Fumo:**             mai fumato                             fuma dall'età di .. anni ... sigarette/giorno

ex fumatore, ha fumato per ..... anni.....sigarette/giorno

**Beve caffè:**     mai             raramente             si.....al giorno

**Beve alcolici:**  mai             raramente             ai pasti

**Vaccinazioni:**  è in regola con le vaccinazioni obbligatorie

**Porta occhiali:**  No, non ho nessun problema visivo

Sì per .....

**Ciclo mestruale (solo per femmine):**

Non ancora mestruata             Mestruata. Età prima mestruazione: .....

Ciclo mestruale regolare     Disturbi mestruali .....

In menopausa dall'età.....

**Non ho mai avuto malattie gravi**

Malattie e sintomi rilevanti che devono essere segnalati: svenimenti improvvisi, vertigini improvvise, dolore toracico, aritmia cardiaca, malattie di cuore, ipertensione, allergie, asma allergico, asma da sforzo, diabete, mal di testa, malattie congenite, malattie del fegato, malattie dei reni, malattie psichiche, malattie polmonari, broncopolmoniti, epilessia e convulsioni, scoliosi, piedi piatti, daltonismo o difficoltà a distinguere i colori.

Specificare le eventuali malattie pregresse:

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

**Non sono mai stato sottoposto ad interventi chirurgici**

Specificare gli eventuali interventi chirurgici a cui è stato sottoposto .....

.....

**Non ho mai avuto traumi di rilevante entità**

Specificare gli eventuali traumi (fratture, distorsioni, traumi cranici, ecc.).....

.....

**Non ho mai avuto alcun disturbo rilevante legato allo sforzo fisico**

Specificare se durante lo sforzo e l'attività fisica ha avuto  palpitazioni  vertigini

svenimenti  crisi respiratorie  dolore toracico  altro

.....  
.....

**Non sto assumendo farmaci per cure a lungo termine**

Sto assumendo .....

.....

**DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI  
CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI  
Decreto Legislativo 196/2003**

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI DELEGA AL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'**

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti da me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di impegnarmi a non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti riconosciute illegali; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e all'esecuzione della prova da sforzo.

Ai sensi del DL 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali"), avente per oggetto i dati sensibili, acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti (Società di appartenenza, Azienda per i Servizi Sanitari, Assessorato regionale competente, Federazione Sportiva di appartenenza).

Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

Inoltre, delego i dirigenti preposti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità qualora non lo faccia personalmente.

Sono interessato a ricevere via e-mail, gratuitamente e senza impegno alcuno, potendo in ogni momento revocare liberamente la mia disponibilità, notizie ed aggiornamenti riguardanti le iniziative ed i servizi offerti per la tutela sanitaria delle attività sportive e per la promozione della salute e del benessere della persona e della comunità.

Sono interessato ad essere avvisato alla scadenza del periodo di validità del certificato di idoneità, in tempo utile per il rinnovo.

Este, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del dichiarante  
(o di un genitore per atleti minorenni)

Firma del Medico

.....



**DOMUS MEDICA**  
CENTRO CURE SPECIALISTICHE

All.1

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

attesta

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19;
- di non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia (perdita del senso dell'olfatto), ageusia (perdita del senso del gusto);
- di non aver avuto, negli ultimi 14 gg., contatti a rischio con persone affette da COVID-19.

In fede,

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Note*

1. *In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da un genitore.*
2. *Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.*

Rev.01 – 14/10/2020