



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 sì.....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

.....