

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Da compilarsi 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
Residenza dell'atleta (CAP - via e città)
Cognome e nome del genitore che accompagna
Tipo e numero di documento dell'atleta o del genitore
Codice Fiscale dell'Atleta
Telefono (preferibilmente cellulare)
E-mail

Sport per il quale viene richiesta la visita: Società

Numero degli allenamenti a settimana durata media

Data ultima visita Sempre idoneo alle precedenti visite

altri accertamenti

Non idoneo in precedenti visite per

ANAMNESI FAMILIARE (fratelli e sorelle, genitori, nonni)

- Infarto
- Ictus
- Ipertensione arteriosa
- Diabete
- Colesterolo alto
- Morte improvvisa GIOVANILE (prima dei 50 anni)
-
-

ANAMNESI PERSONALE

- 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:**
- Non ancora mestrata Mestrata. 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

NOTE ESAME OBIETTIVO A CURA DEL MEDICO:

EO:

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

NOTE E CONSIGLI:

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

EO OSTEO-SCHELETRICA:

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

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR 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.

Dichiaro di aver letto le sopracitate note e consigli e mi è stato risposto esaurientemente ad ogni mia domanda. Comprendo l'importanza e lo scopo di queste indicazioni fornite. Riconosco che esse sono necessarie alla mia sicurezza ed al mio benessere.

Padova, li ____/____/____

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

.....