DOCTORSPORT SRL
Via Piovese 67 – 35127 Padova - Tel. 049 8023465
segreteria@doctorsport.it – www.doctorsport.it
Autorizzazione all'esercizio n. 37/2017 del 26 maggio 2017
Direzione Sanitaria: dr. Tommaso Fornasier

Mod. 7.3-11 Rev. 4 del 31/07/26

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA

da compilarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta o del genitore per l'atleta minorenne

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
Società di appartenenza

ANAMNESI SPORTIVA

Sport praticato:..... Allenamenti a settimana ..... durata min .....
☐ Data ultima visita ..... ☐ Sempre idoneo alle precedenti visite ☐ idoneo dopo ulteriori accertamenti ..... ☐ Non idoneo in precedenza per.....

ANAMNESI FAMILIARE indicare fratelli e sorelle, genitori o nonni che soffrono o abbiano sofferto di:

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

ANAMNESI PERSONALE

Fumo: ☐ mai fumato ☐ fumo dall'età di ..... anni ..... sigarette/giorno ☐ ex fumatore, ho fumato per ..... anni ..... sigarette/giorno e ho smesso all'età di ..... anni ☐ fumo sigaretta elettronica

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

Beve alcolici: ☐ mai ☐ raramente ☐ nel weekend ☐ ai pasti

Vaccinazioni: ☐ è in regola con le vaccinazioni obbligatorie

Porta occhiali: ☐ No ☐ Sì per .....

☐ **Non ho mai avuto MALATTIE RILEVANTI**

☐ **Ho o ho avuto le seguenti malattie, condizioni o sintomi rilevanti** (es.: svenimenti improvvisi, vertigini improvvise, dolore toracico, aritmie cardiache, malattie cardiache, ipertensione arteriosa, allergie, asma bronchiale/allergico, asma da sforzo, diabete, cefalea/emicrania, malattie congenite, malattie epatiche, malattie renali, disturbi psichici, malattie polmonari, broncopolmoniti ricorrenti, epilessia o convulsioni, scoliosi, piedi piatti, daltonismo o altre alterazioni della visione dei colori): .....
.....
.....
.....

PER LE ATLETE

☐ Non ancora mestruata ☐ Mestruata (prime mestruazioni all'età di ..... anni) ☐ Ciclo regolare
☐ In menopausa dall'età di ..... anni ☐ Disturbi mestruali .....

☐ **Non sono mai stato sottoposto ad interventi chirurgici** ☐ **Sono stato sottoposto ad interventi chirurgici** **(**specificare quali): .....
.....

☐ **Non ho mai avuto traumi di rilevante entità** ☐ **Ho subito traumi rilevanti** (specificare quali, ad es. fratture, distorsioni, lussazioni, traumi cranici): .....
.....

☐ **Non ho mai avuto alcun disturbo rilevante legato allo sforzo fisico**
☐ **Durante lo sforzo e l'attività fisica ha avuto** ☐ palpitazioni ☐ vertigini ☐ svenimenti ☐ crisi respiratorie
☐ dolore toracico ☐ altro .....
.....
.....

TERAPIA FARMACOLOGICA

☐ **Non assumo farmaci** ☐ **Sto assumendo**.....

NOTE ESAME OBIETTIVO A CURA DEL MEDICO:

Apparato	Esame obiettivo
Cardiovascolare	☐ **Negativo** (toni validi e ritmici, assenza di pause patologiche, assenza di soffi patologici)
	☐ Altro: .....
Respiratorio	☐ **Negativo** (murmure vescicolare bilateralmente conservato, assenza di rumori patologici aggiunti)
	☐ Altro: .....
Addominale	☐ **Negativo** (addome trattabile, non dolente alla palpazione, non epatosplenomegalia)
	☐ Altro: .....
NOTE E CONSIGLI:	.....

.....

Firma del MEDICO_____

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 degli esami richiesti. Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR " codice in materia di protezione dei dati personali", dichiaro di aver preso visione dell'Informativa e 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 confermo l'appartenenza alla Società dichiarata e qualora non lo faccia personalmente , delego i responsabili preposti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità e della Fattura a me intestata. Sono interessato ad essere avvisato alla scadenza del periodo di validità del certificato di idoneità, in tempo utile per il rinnovo.

Da compilarsi con i dati del genitore se l'atleta è minorenne

Letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali, di cui all'art.13 del regolamento Europeo 2016/679. Preso atto che il trattamento dei miei dati e quello del Minore che rappresento, è necessario per il rilascio del certificato di idoneità all'attività sportiva

DO IL CONSENSO ☐

Dichiaro di essere titolare della responsabilità genitoriale sul minore oggetto della presente

Cognome ..... Nome ..... Codice Fiscale .....

Padova, lì ...../...../..... **Firma .....**

Padova, lì ...../...../..... **Firma del DICHIARANTE** .....
(o di un genitore per atleti minorenni)

Firma e timbro del MEDICO _____