

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE MEDICO – SPORTIVA NON AGONISTICA

(dichiarazione dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

Cognome: _____ Nome: _____ Data di Nascita: ____ / ____ / _____

Luogo di Nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____ CAP: _____ Città: _____ Prov.: _____

Cellulare: _____ Attività di studio/lavoro: _____

Attività sportiva per la quale si richiede l'idoneità sportiva NON Agonistica: _____

Anamnesi familiare. C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Obesità	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Morte improvvisa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipertensione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	(minore di 30 anni)	
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Malattie Polmonari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		

Anamnesi fisiologica.

Fuma NO SI

Se SI, quante sigarette in media al giorno e da quanto tempo _____

Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari? NO SI

Se SI, quali _____

Anamnesi patologica. Ha sofferto / Soffre di:

Intolleranze Alimentari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Neoplasie (Tumori)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Pressione alta	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Palpitazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Epilessia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Diabete	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Dolore toracico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Protesi ortopediche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Svenimenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disturbi visivi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Asma da sforzo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Malattie tiroidee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		

Altro (specificare) _____

Ha subito interventi chirurgici? NO SI

Se si, indicare tipo di intervento ed età _____

Usa occhiali/lenti a contatto? NO SI motivo: _____

Per le Atlete:

Data ultima mestruazione: ____ / ____ / ____ Anomalie del ciclo mestruale NO SI

Dolore Acuto e Dolore Cronico. Negli ultimi 6 mesi ha sofferto o soffre di dolore? NO SI Se SI, in quale distretto?

<input type="checkbox"/> Cervicale	<input type="checkbox"/> Polso/Mano	<input type="checkbox"/> Coscia	<input type="checkbox"/> Caviglia
<input type="checkbox"/> Spalla	<input type="checkbox"/> Lombare	<input type="checkbox"/> Ginocchio	<input type="checkbox"/> Tendine d'Achille
<input type="checkbox"/> Gomito	<input type="checkbox"/> Anca	<input type="checkbox"/> Polpaccio	<input type="checkbox"/> Fascia Plantare

Altro (specificare) _____

Anamnesi COVID 19.Ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid 19? NO SI

Se SI, data ultimo tampone negativo _____ In mancanza, data primo tampone positivo _____

Si è sottoposto a terapie antibiotiche, cortisoniche o epariniche? NO SI Ricovero ospedalieri? NO SISi è sottoposto a ciclo vaccinale primario anti Covid 19? NO SI Se SI, data ultima somministrazione _____Ha la dose BOOSTER? NO SI**DICHIARAZIONE**

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle mie eventuali problematiche di salute.

Informato sulle modalità di esecuzione della visita, acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dalla legge per il rilascio del certificato di idoneità sportiva non agonistica.

Data

____ / ____ / _____

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

Da compilarsi con i dati del genitore se l'atleta è minorennedichiaro di aver preso visione dell'informativa di Bissuola Medica in merito all'esercizio della Patria Potestà sul minore per l'esecuzione di prestazioni sanitarie e di confermare la sussistenza delle condizioni previste.

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data di Nascita: ____ / ____ / _____ Luogo di Nascita: _____

Data

____ / ____ / _____

Firma
