

SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE MEDICO – SPORTIVA 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: _____

SPORT PER IL QUALE SI RICHIEDE IL CERTIFICATO: _____

Anamnesi sportiva: Quale sport pratica? _____ Da quanti anni? _____

Quanti allenamenti svolge alla settimana? _____ Di che durata? _____

Pratica altri sport? Se SI, quali e quante ore alla settimana vi dedica? _____

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	Morte improvvisa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Iperensione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Obesità	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Malattie Tiroidee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Malattie Polmonari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Malattie Neurologiche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tumori	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Asma/Allergie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

Anamnesi fisiologica.

E nato da parto naturale e a termine NO SI Ha avuto allattamento al seno NO SI

Fuma NO SI

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

Ha mai provato a smettere? NO SI Vorrebbe smettere? NO SI

Beve alcolici? NO SI quanto? _____

Beve caffè/the/Coca-Cola? NO SI quanto? _____

Consuma frutta e verdura? raramente 2-3/settimana ogni giorno

Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari? NO SI

Se SI, quali _____

Vaccinazione antitetanica NO SI ultimo richiamo: _____

Anamnesi patologica. Ha sofferto / Soffre di:

Allergie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Altre mal. Respiratorie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Anemia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Svenimenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Palpitazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Vertigini	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Pressione elevata	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Colesterolo elevato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Mal. del fegato/vie biliari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Malattie neurologiche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Altre malattie endocrine	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Malattie psichiatriche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Otiti/Sinusiti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Epilessia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Dolore toracico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disturbi visivi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Mal. gastro-intestinali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Mal. muscolo-schelet.che	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Malattie tiroidee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Neoplasie (Tumori)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Mal. dei reni/vie urinarie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Altro (specificare)	_____				

Ha subito interventi chirurgici? NO SI

Se si, indicare tipo di intervento ed età _____

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni? NO SI

Se si, indicare tipo di lesione ed età _____

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

Per le Atlete:

Età prima mestruazione: _____ anni Data ultima mestruazione: ____ / ____ / ____ Anomalie del ciclo mestruale NO SI

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 SI

Si è sottoposto a ciclo vaccinale primario anti Covid 19? NO SI Se SI, data ultima somministrazione _____

Si è sottoposto alla dose BOOSTER? NO SI

LESIONI DELLO SPORTIVO

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) _____

DICHIARAZIONE

PRIMA VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA: in questo caso, non barra alcuna casella successiva.

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di: essere non essere stato dichiarato **IDONEO** nelle precedenti visite medico-sportive agonistiche.

Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

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

Dichiaro inoltre di avere non avere, al momento attuale, altre cartelle di visite di idoneità per attività sportiva agonistica in attesa di conclusione presso altri ambulatori/centri/servizi pubblici o privati di medicina dello sport e di essere non essere stato dichiarato **IDONEO** all'attività sportiva agonistica negli ultimi 12 mesi.

Data

____ / ____ / ____

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

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

dichiaro 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
