

SCHEMA ANAMNISTICA DI VALUTAZIONE MEDICO – SPORTIVA NON AGONISTICA

(dati dell'atleta con eventuale firma di un genitore 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
Iperensione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	(se sì, specificare età _____)	
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 (escluso interventi ortopedici)

Se sì, 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

Anamnesi muscoloscheletrica.

Ha subito interventi chirurgici ortopedici? NO SI

Se sì, indicare tipo di intervento ed età _____

Ha recuperato completamente? NO SI

Ha subito infortuni nell'ultimo anno durante l'attività sportiva? NO SI

Se sì, indicare tipo di infortunio _____

Ha recuperato completamente? 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 negli ultimi 2 anni? NO SI

Si è sottoposto a terapie antibiotiche, cortisoniche o epariniche? NO SI Ricovero ospedaliero? NO SI

Si è sottoposto a ciclo vaccinale anti Covid 19? 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 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
