

**SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE MEDICO – SPORTIVA AGONISTICA**

(dati dell'atleta con eventuale firma di chi esercita la responsabilità genitoriale 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  NO  SI Morte improvvisa  NO  SI Infarto del miocardio  NO  SIIpertensione  NO  SI Colesterolo alto  NO  SI Obesità  NO  SIDiabete mellito  NO  SI Malattie Tiroidee  NO  SI Malattie Polmonari  NO  SIMalattie Neurologiche  NO  SI Tumori  NO  SI Asma/Allergie  NO  SI**Anamnesi fisiologica.**E nato da parto naturale e a termine  NO  SI Ha avuto allattamento al seno  NO  SIFuma  NO  SI

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

Ha mai provato a smettere?  NO  SI Vorrebbe smettere?  NO  SIBeve alcolici?  NO  SI quanto? \_\_\_\_\_Beve caffè/the/Coca-Cola?  NO  SI quanto? \_\_\_\_\_Consuma frutta e verdura?  raramente  2-3/settimana  ogni giornoAssume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari?  NO  SI

Se SI, quali \_\_\_\_\_

Vaccinazione antitetanica  NO  SI ultimo richiamo: \_\_\_\_\_**Anamnesi patologica.** Ha sofferto / Soffre di:Allergie  NO  SI Altre mal. Respiratorie  NO  SI Anemia  NO  SISvenimenti  NO  SI Palpitazioni  NO  SI Vertigini  NO  SIPressione elevata  NO  SI Colesterolo elevato  NO  SI Mal. del fegato/vie biliari  NO  SIMalattie neurologiche  NO  SI Altre malattie endocrine  NO  SI Malattie psichiatriche  NO  SIAsma bronchiale  NO  SI Otiti/Sinusiti  NO  SI Epilessia  NO  SIMalattie di cuore  NO  SI Dolore toracico  NO  SI Disturbi visivi  NO  SIDiabete mellito  NO  SI Mal. gastro-intestinali  NO  SI Mal. muscolo-schelet.che  NO  SIMalattie tiroidee  NO  SI Neoplasie (Tumori)  NO  SI Mal. dei reni/vie urinarie  NO  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 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

**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 chi esercita la responsabilità genitoriale per atleti minorenni)
____ / ____ / _____	_____

**Da compilarsi con i dati di chi esercita la responsabilità genitoriale se l'atleta è minorenne**

dichiaro di aver preso visione dell'informativa di Bissuola Medica in merito all'esercizio della Responsabilità Genitoriale 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
____ / ____ / _____	_____