

## SCHEMA ANAMNESTICA AI FINI DEL RILASCIO DELL'IDONEITÀ SPORTIVA

Cognome del **Genitore**..... nome.....  
carta d'identità o patente numero.....

Cognome dell'**Atleta**..... nome.....  
nato il..... a.....  
residente a..... via.....  
telefono..... cellulare.....  
codice fiscale.....  
sport per cui è richiesta l'idoneità sportiva.....  
da quanti anni viene praticato questo sport? ..... per quante ore settimanali?.....  
attualmente viene praticato qualche altro sport?  no  sì, per quante ore settimanali?.....  
in passato sono stati praticati altri sport?  no  sì, per quanti anni?.....

**NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA** specificare chi tra i famigliari (compresi nonni, zii, cugini) soffre o ha sofferto dei problemi di salute elencati:

morte improvvisa:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
malattie di cuore:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
infarto miocardico:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
ipertensione:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
ictus cerebrale:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
colesterolo/trigliceridi elevati:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
diabete:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
allergie:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
asma:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
tumori:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____
malattie della tiroide:	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, chi ne ha sofferto? _____

### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

è già stato sottoposto a visite medico-sportive?  no  sì  
se sì, è mai stato dichiarato non idoneo?  no  sì  
Durante una visita medica sono mai state riscontrate le seguenti anomalie?  
malattie cardiache:  no  sì  
soffio cardiaco:  no  sì  
ipertensione arteriosa:  no  sì  
aritmie cardiache:  no  sì  
Ha mai accusato i seguenti disturbi?  
dolore o costrizione al petto  no  sì  
irregolarità del battito cardiaco  no  sì  
svenimento  no  sì  
vertigine  no  sì  
attualmente sta facendo cure?  no  sì, quali? \_\_\_\_\_

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA, soffre o ha mai sofferto di**

malattie esantematiche dell'infanzia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
tonsilliti frequenti	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
malattia reumatica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
broncopolmonite	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
asma bronchiale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
asma da sforzo	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
rinite allergica	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
allergia alimentare	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
allergia a farmaci	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
epatite virale	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
malattie renali	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
sangue nelle urine	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
diabete	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
colesterolo elevato	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
epilessia	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
trauma cranico	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

**INTERVENTI CHIRURGICI**  no  sì, quali \_\_\_\_\_

**INFORTUNI**

Lesioni ai legamenti	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Lesioni meniscali	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Fratture	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Lussazioni	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Distorsioni	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Strappi muscolari	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

**FA USO DI OCCHIALI?**  no  sì, specificare per quale motivo

Miopia       Astigmatismo       Ipermetropia       Strabismo

Fuma	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Beve alcolici	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì

Anni di età prima mestruazione: \_\_\_\_\_      Data ultimo ciclo mestruale: \_\_\_\_\_

**Il genitore** dell'atleta dichiara di aver informato il medico dello sport in merito alle attuali condizioni psico-fisiche del figlio, alle sue eventuali precedenti patologie e che quanto esposto corrisponde a verità.  
Dichiara inoltre che il figlio non ha in sospeso accertamenti presso strutture pubbliche o private accreditate.  
Dichiara di acconsentire alla visita e alle relative procedure diagnostiche previste ed al trattamento dei dati personali (secondo le norme di legge vigenti sulla privacy).  
data.....      firma.....

Dichiara di acconsentire alla comunicazione dei dati alla rete regionale della Medicina dello sport.  
data.....      firma.....