

**Dipartimento di Prevenzione
U.O.S.D. ATTIVITA' MOTORIA
Direttore Dr. G.F. Fraccaroli
gpfraccaroli@aulss9.veneto.it**

SEDE DI BUSSOLENGO

Tel.045-6712683

Fax.045-6712692

Mail:cmilani@aulss.9.veneto.it

SEDE DI LEGNAGO

Tel.0442-622358

Fax.0442-622848

Mail:medsport@aulss9.veneto.it

SEDE DI SAN BONIFACIO

Tel.045-6138370

Fax.045.6138556

Mail:medicina.sport@aulss9.veneto .it

FOGLIO ANAMNESTICO ATLETA

Cognome e Nome (Atleta) _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

U.L.S.S. n. _____ Codice Fiscale _____ Telefono _____

Visita medico-sportiva precedente eseguita a _____ il _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (barrare la casella con il tipo di malattia dalla quale sono stati affetti i familiari, specificando a lato quale parente ne è stato colpito: nonni, genitori, fratelli, sorelle e zii)

Malattie di cuore (*)	NO	SI	_____	Asma	NO	SI	_____
Morte improvvisa giovanile (<50 aa)	NO	SI	_____	Malattie Allergiche	NO	SI	_____
Iperensione	NO	SI	_____	Tumori	NO	SI	_____
Diabete	NO	SI	_____	Malattie tiroidee	NO	SI	_____
Dislipidemia (colesterolo trigliceridi)	NO	SI	_____	Altro			_____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

- **Malattie sofferte** (barrare le caselle ed indicare il tipo ove richiesto)

Malattie esantematiche	NO	SI	_____	Malattie di cuore (*)	NO	SI	_____
Epatite virale	NO	SI	_____				_____
Febbre reumatica	NO	SI	_____	Malattie renali	NO	SI	_____
Polmonite	NO	SI	_____	Malattie intestinali	NO	SI	_____
Pleurite	NO	SI	_____	Diabete (tipo 1/tipo2)	NO	SI	_____
Allergie	NO	SI	_____	Malattie tiroidee	NO	SI	_____
Asma	NO	SI	_____	Ricoveri ospedalieri	NO	SI	_____
Epilessia/Convulsioni	NO	SI	_____		NO	SI	_____
Anemia	NO	SI	_____	Altro			_____

(*) Cardiopatia ischemica (infarto,angina), cardiomiopatia ipertrofica, dilatativa, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro; Sindrome di Brugada, Sindrome del QT lungo o corto; S.di Marfan; aritmie, malattie valvolari, malattie congenite; interventi cardiaci o all'aorta; pacemaker o defibrillatore impiantato.

• **Sintomi**

Perdita dei sensi	NO	SI	_____	Dolore toracico	NO	SI	_____
Palpitazioni	NO	SI	_____	Difficoltà respiratorie	NO	SI	_____
Battito irregolare	NO	SI	_____	Altro			_____

A RIPOSO

DA SFORZO

• **Traumi**

NO	SI
----	----

 (fratture; tr. cranico) _____

• **Interventi chirurgici**

Tonsille	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Ernia inguinale	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI
NO	SI						
NO	SI						
Appendice	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Fimosi	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI
NO	SI						
NO	SI						
Adenoidi	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Altro	_____		
NO	SI						

• **Assume farmaci**

NO	SI
----	----

 quali _____
motivo _____

• **Fa uso di** Occhiali

NO	SI
----	----

Per Miopia

NO	SI
----	----

 Astigmatismo

NO	SI
----	----

Lenti corneali

NO	SI
----	----

 Ipermetropia

NO	SI
----	----

 Strabismo

NO	SI
----	----

• **E' in regola con la vaccinazione antitetanica:**

NO

SI

PROVVEDERA'

Dichiarato non idoneo in visite medico-sportive precedenti

NO

SI

 in che sede _____ e per quale motivo _____

Il sottoscritto _____ genitore di _____ dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere; dichiara inoltre che il ragazzo **NON** è stato sottoposto ad accertamenti per il rilascio dell'attestato di idoneità sportiva agonistica negli ultimi dodici mesi.

Esprime inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy (D. Lgs n.101/2018) il consenso a trattare i dati del ragazzo personali e sensibili e alla consultazione della documentazione pregressa, per le finalità connesse alla propria richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica

Infine fornisce il **CONSENSO** che il proprio figlio

Accompagnato da _____

sia sottoposto a visita di idoneità sportiva agonistica nel corso della quale verranno effettuati i seguenti accertamenti:

- **Visita medica**
- **ECG di base e dopo sforzo (test di Master – escluso visita tipo A)**
- **Esame urine**
- **Spirometria (escluso tipo A)**

Ulteriori accertamenti suppletivi che si rendessero necessari verranno comunicati e concordati.

Data _____

Firma leggibile _____