

MODULO ANAMNESTICO PER L'ACCERTAMENTO DI IDONEITA'
ALLO SPORT AGONISTICO E NON AGONISTICO

Aut. Reg. Nr. B/503

AGONISTICA

NON AGONISTICA

Cognome: _____ Nome: _____ Età: _____

Nato/a a: _____ () il: _____ Codice Fiscale: _____

Residente a: _____ In via: _____ N°: _____

Documento d'identità: _____ N°: _____ (scad. _____)

Telefono: _____ E-mail: _____

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Sport per il quale è richiesta la visita: _____ Società: _____

Pratica sport come: **AGONISTA** **NON AGONISTA** **PROFESSIONISTA**

Da quanti anni pratica questo sport? _____ Quante ore dedica a questo sport alla settimana? _____

Ha già fatto visite di idoneità sportiva? **SI** **NO** In che anno l'ultima? _____

Ti è mai stata negata l'idoneità? **SI** **NO** Perché? _____

Hai mai fatto accertamenti ulteriori? **SI** **NO** Quali? _____

Non idoneo in precedenti visite per _____

ANAMNESI FAMILIARE (barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni materni/paterni). C'è qualcuno in famiglia che soffre o ha sofferto di:

Malattie di cuore **SI** **NO** Diabete mellito **SI** **NO**

Morte improvvisa **SI** **NO** Malattie tiroidee **SI** **NO**

Infarto del miocardio **SI** **NO** Malattie polmonari **SI** **NO**

Ipertensione **SI** **NO** Malattie neurologiche **SI** **NO**

Colesterolo alto **SI** **NO** Tumori **SI** **NO**

Obesità **SI** **NO** Asma/allergie **SI** **NO**

ANAMNESI PERSONALE E PATOLOGICA DELL'ATLETA

- Fumo:** mai fumato fuma dall'età di ____ anni, ____ sigarette/giorno
 ex fumatore, ha fumato per ____ anni, ____ sigarette/giorno
- Beve caffè:** mai raramente sì, ____ al giorno
- Beve alcolici:** mai raramente ai pasti
- Vaccinazioni:** è in regola con le vaccinazioni obbligatorie
- Porta occhiali:** NO, non ho nessun problema visivo
 Sì, per _____

Ha subito interventi chirurgici? **SI** **NO**

Se sì, indicare il tipo di intervento ed età _____

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

Se sì, indicare tipo di lesione ed età _____

Assume farmaci? **SI** **NO**

Se sì, quali, quanti e per quale motivo _____

Ha sofferto/soffre di:

- | | | | |
|-----------------------|---|---------------------------------|---|
| Pressione elevata | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Diabete mellito | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Asma bronchiale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Colesterolo elevato | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Malattie respiratorie | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Malattie gastro-intestinali | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Otiti/sinusiti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Malattie del fegato/vie biliari | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Anemia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Malattie muscolo-scheletriche | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Epilessia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Malattie neurologiche | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Svenimenti | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Malattie tiroidee | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Malattie di cuore | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Altre malattie endocrine | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Palpitazioni | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Neoplasie (tumori) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Dolore toracico | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Malattie psichiatriche | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Vertigini | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Malattie vie urinarie/reni | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Disturbi visivi | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Altro (specificare) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Allergie | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

PER LE ATLETE

Ciclo mestruale: In atto

Non ancora mestruata Mestruata. Età prima mestruazione _____

Ciclo mestruale regolare Disturbi mestruali _____

In menopausa dall'età di _____

Physioclinic srl

Tel. 041 3033455 - Cell. 344/1346650
www.physio-clinic.it
info@physio-clinic.it

Direttore Sanitario

Dott. Camporese Antonio
 Spec. in Ortopedia e Traumatologia
 P. Iva 04532570274

Dove Siamo

Via E. Scaramuzza, 19
 30174 - Zelarino (VE)

DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI
CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 GDPR

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti a me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; Dichiaro inoltre, che le notizie, fornite sul questionario, sono complete e veritiere e di non essere mai stato/a dichiarato/a "NON IDONEO/A" o di essere attualmente "SOSPESO/A" da una qualsiasi struttura pubblica o privata di medicina dello sport, di impegnarmi a non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti riconosciute illegali; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute. Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e all'esecuzione della prova da sforzo (dove prevista). Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

Zelarino, li _____ Firma del dichiarante _____
(o di un genitore per atleti minorenni)

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR "codice in materia di protezione dei dati personali", dichiaro di aver preso visione dell'Informativa e acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti (Società di appartenenza, Azienda per i Servizi Sanitari, Assessorato regionale competente, Federazione Sportiva di appartenenza).

Zelarino, li _____ Firma del dichiarante _____
(o di un genitore per atleti minorenni)

Qualora l'atleta risulti IDONEO verrà consegnato solo il certificato sportivo e non gli esiti degli esami eseguiti in fase di visita. Tutta la raccolta dei dati anamnestici (ECG, ECG sotto sforzo, spirometria, ecc) fanno parte di una cartella clinica di proprietà di Physioclinic Poliambulatorio e del medico dello sport.

DA COMPILARSI CON I DATI DEL GENITORE SE L'ATLETA È MINORENNE

Letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali, di cui all'art.13 del regolamento Europeo 2016/679. Preso atto che il Trattamento dei miei dati e quello del Minore che rappresento, è necessario per il rilascio del certificato di idoneità all'attività sportiva

DO IL CONSENSO

Dichiaro di essere titolare della responsabilità genitoriale sul minore Atleta oggetto della presente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Zelarino, li _____ Firma _____

ESAME OBIETTIVO (AREA RISERVATA AL MEDICO)

Peso: _____ Kg Altezza: _____ Cm

Trofismo: scarso obeso sufficiente discreto ottimo

Apparato locomotore: nella norma altro _____

Torace ed app. respiratorio: nella norma altro _____

Apparato digerente: nella norma altro _____

Addome e organi genitali: nella norma altro _____

Apparato cardiocircolatorio: nella norma altro _____

PA _____ / _____ FC _____

Acuità visiva: naturale OD ____ /10 naturale OS ____ /10

corretto OD ____ /10 corretto OS ____ /10

Occhiali: **SI** **NO** Lenti: **SI** **NO**

Senso cromatico: nella norma altro _____

Udito: nella norma altro _____

Esame urine: nella norma altro _____

Spirometria: nella norma altro _____

Conclusioni esame obiettivo: normale _____

ESAMI SPECIALISTICI INTEGRATIVI RICHIESTI

Ecocardiogramma ECG dinamico Holter 24h Holter pressorio

Visita neurologica Visita ORL Visita oculistica

Altri esami _____

GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'atleta all'atto della visita non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica

AGONISTICA dello sport: _____

NON AGONISTICA

NON IDONEO per la seguente patologia: _____

Per il periodo di: mesi uno mesi tre mesi sei 1 anni 2 anni

Zelarino, li _____

Il Medico dello Sport

Physioclinic srl

Tel. 041 3033455 - Cell. 344/1346650
www.physio-clinic.it
info@physio-clinic.it

Direttore Sanitario

Dott. Camporese Antonio
Spec. in Ortopedia e Traumatologia
P. Iva 04532570274

Dove Siamo

Via E. Scaramuzza, 19
30174 - Zelarino (VE)