



## SCHEDA ANAMNESTICA AI FINI DEL RILASCIO DELL'IDONEITA' SPORTIVA

### DATI ATLETA

Cognome ..... Nome .....  
Nato il ..... a ..... telefono ..... ULSS .....  
Residente a ..... ( ) in via ..... n° ..... Cap .....

Sport per cui è richiesta l' idoneità sportiva ..... Società di appartenenza.....  
Da quanti anni viene praticato questo sport?..... Per quante ore settimanali? .....

### ANAMNESI FAMILIARE: (Specificare chi tra i familiari soffre o ha sofferto dei problemi di salute elencati)

Morte improvvisa:	no	si	chi ne ha sofferto? .....
Malattie di cuore e/o aritmie :	no	si	chi ne ha sofferto?.....
Malori o svenimenti :	no	si	chi ne ha sofferto?.....
Ipertensione:	no	si	chi ne ha sofferto? .....
Colesterolo/trigliceridi elevati:	no	si	chi ne ha sofferto? .....
Diabete:	no	si	chi ne ha sofferto? .....
Malattie della tiroide:	no	si	chi ne ha sofferto? .....
Malattie genetiche/ereditarie	no	si	chi ne ha sofferto? .....

### ANAMNESI ATLETA:

FA USO DI OCCHIALI O LENTI? no si  
Se sì, specificare per quale motivo :  miopia  astigmatismo  ipermetropia  strabismo

Fuma: no si  
Beve alcolici: no si  
Assume farmaci: no si se sì, quali? .....

Ha avuto **interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri** : no si  
se sì, quali? .....

E' già stato sottoposto a visite medico-sportive agonistiche? no si  
E' mai stato dichiarato **sospeso/non idoneo** per accertamenti? no si se sì, quando.....  
per che motivo.....

Ha mai avuto un tampone POSITIVO al Sars Covid-19?  
no si se sì, quando? .....

I sintomi hanno richiesto il ricovero o l'uso di farmaci ( cortisonici, anti infiammatori )?  
no si

*Segue.....*

**Soffre o ha mai sofferto delle seguenti anomalie?**

Malattie cardiache :                   no    si    se sì, indichi quali: .....

Ipertensione arteriosa:               no    si

Aritmie cardiache:                   no    si

**Soffre o ha mai sofferto di :**

Dolore toracico (angina pectoris): no    si

Palpitazioni o cardiopalmo       no    si

Svenimento o perdita di coscienza no    si

Diabete                               no    si

Colesterolo elevato               no    si

Malattie renali                   no    si    se sì, indichi quali:.....

Asma bronchiale o da sforzo:    no    si    se sì, indichi quale: .....

Rinite allergica:                   no    si

Allergie alimentari o a farmaci: no    si    se sì, indichi quali: .....

Malattie della tiroide:           no    si

Epilessia:                         no    si

Trauma cranico:                   no    si

altro da segnalare: .....

*L'atleta e/o il genitore dell'atleta dichiara di aver informato il medico dello sport in merito alle attuali condizioni psico-fisiche dell'atleta, alle sue eventuali precedenti patologie e che quanto esposto corrisponde a verità.*

*Dichiara inoltre che **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 la legge sulla privacy 675/96, testo consolidato con il D.lg. N°467 del 28/12/2001 e successivo D.lg. 196/03 del 30/06/2003.*

*Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo non agonistico.*

Data:

Firma del dichiarante ( genitore se minore )

---