



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:
Iperensione 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 agonistico.

Data:

Firma del dichiarante (genitore se minore)
