

Centro Medico Sant'Anna

ALLEGATO SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA N°

Dati dell'utente

Nome e cognome..... Codice fiscale.....

Nato/a a il.....

Per i minori

Dati di chi esercita la responsabilità genitoriale

Padre

Nome e cognome..... Codice fiscale.....

Nato/a a il.....

Madre

Nome e cognome..... Codice fiscale.....

Nato/a a il.....

Altro esercente la responsabilità genitoriale (indicare se tutore, amministratore di sostegno o altro)

Nome e cognome..... Codice fiscale.....

Nato/a a il.....

Recapito telefonico

Indirizzo E-mail.....

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, le saremmo grati se volesse rispondere al seguente questionario.

ANAMNESI SPORTIVA

In passato è stato dichiarato NON IDONEO all'attività AGONISTICA?

- NO
- SI -- PER QUALE MOTIVO?

ANAMNESI FAMILIARE:

In famiglia qualcuno (madre/padre, fratelli e/o sorelle, nonni) SOFFRE o HA SOFFERTO di:

- DIABETE
- IPERTENSIONE
- MALATTIE CARDIACHE

ANAMNESI FISIOLGICA:

Consuma bevande alcoliche?

- NO
- SI

In maniera: ECCESSIVA MODERATA SPORADICA REGOLARE AI PASTI

Fuma?

- NO
- SI
- N° SIGARETTE:

Età prime mestruazioni:

Data ultime:

Attualmente assume farmaci?

- NO
- SI

Quali e per quale motivo?

.....

.....

.....

ANAMNESI PATOLOGICA:

Ha avuto qualcuna delle seguenti malattie? (Se si indicare cosa e a quale età)

Infezioni dell'infanzia (morbillo, varicella, scarlattina, parotite, rosolia)

- NO
- SI

Vertigini, emicrania, cefalea recidivante, perdita di coscienza, crisi convulsive:

- NO
- SI

Asma e/o congiuntivite e/o rinite allergica:

- NO
- SI

Otiti, perforazione del timpano, ronzii, diminuzione dell'udito:

- NO
- SI

Polmoniti, asma, bronchite cronica, mancanza di respiro dopo sforzi lievi:

- NO
- SI

Angina pectoris, infarto del miocardio, aritmie, flebiti, arteriopatie, ipertensione arteriosa:

- NO
- SI

Difficoltà digestive, epatiti, pancreatiti, ulcera gastrica o duodenale, coliche epatiche:

- NO
- SI

Patologie renali, cistiti, uretriti, prostatiti:

- NO
- SI

Scoliosi, cifosi, lordosi, artrosi, sciatalgie:

- NO
- SI

Diabete mellito, ipo o ipertiroidismo, gotta ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie:

- NO
- SI

Altre malattie:

È stato sottoposto/a ad interventi chirurgici? (Indicare quali e a che età)

- Tonsille
- Adenoidi
- Appendice
- Ernia inguinale (DX-SX)
- Colecisti
- Fimosi
- Varicocele
- Ernia del disco
- Menisco ginocchio (DX-SX)
- Ricostruzione legamento crociato ginocchio (DX- SX)
- Altre operazioni:

Ha riportato fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni? (Indicare sede ed età)

- NO
- SI

È stato ricoverato in ospedale per altri motivi? (Se SI indicare motivo ed età)

- NO
- SI

Ha praticato accertamenti diagnostici (indagini radiografiche o endoscopiche, TAC, ecografie, cardiogramma, encefalogramma, esami di laboratorio) **nell'ultimo anno**? (Se SI, cosa, per quale motivo e con che esito):

- NO
- SI

.....

.....

.....

.....

Data di Compilazione:

L'interessato (o chi esercita la responsabilità genitoriale in caso di minori) dichiara di aver ricevuto le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del regolamento generale protezione dati 2016/679 e inoltre, consapevole del fatto che possa revocare il consenso a tal scopo prestato, dichiara di

acconsentire

non acconsentire

all'iscrizione alla mailing list del Centro Medico Sant'Anna

Firma leggibile

.....