

SCHEDA ANAMNESTICA PER VISITA MEDICO-SPORTIVA AGONISTICA

Aut. Reg. n. B/336 (D.M. Sanità 18/02/1982)

Questionario da compilare a cura dell'atleta o dei genitori per i minori di anni 18

Cognome e Nome Nato/a il/...../.....
 Luogo di Nascita Codice Fiscale
 Indirizzo CAP Città Prov.
 Telefono/Cellulare Professione

SPORT PER CUI SI RICHIEDE IL CERTIFICATO Società
 Nr. Allenamenti/settimana Ore totali di sport settimanali
 Pratica altri sport? Se SI, quali e quante ore alla settimana vi dedica?

ANAMNESI FAMILIARE

Malattie riguardanti i familiari di primo grado (genitori, fratelli, zii, nonni)

Barrare le caselle in casi di parente affetto:

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Morte improvvisa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Ipertensione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Obesità	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Diabete mellito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Malattie Tiroidee	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Malattie Polmonari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Malattie Neurologiche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tumori	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Asma/Allergie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA:

È nato da parto naturale e a termine? SI NO
 Ha avuto allattamento al seno? SI NO
 Beve alcolici (vino, birra, etc.)? SI NO Se sì, quanto?
 Beve caffè/thè/Cola? SI NO Se sì, quanto?
 Fuma? SI NO Se sì, quante sigarette al giorno?.....
 Da quanti anni?
 Fa consumo abituale di frutta e verdura? SI NO Se sì, giornaliero/settimanale/raro?
 Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari? SI NO Se sì, quali?
 Attualmente è in cura con farmaci? SI NO Se sì, quali?
 Vaccinazione antitetanica? SI NO Ultimo richiamo
 Ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid 19 negli ultimi 2 anni? SI NO
 Si è sottoposto a ciclo vaccinale anti Covid 19? SI NO

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha sofferto o soffre di:

<input type="checkbox"/> Morbillo	<input type="checkbox"/> Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> Sinusiti	<input type="checkbox"/> Varicella
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> Tonsilliti	<input type="checkbox"/> Epatite:
<input type="checkbox"/> Pertosse	<input type="checkbox"/> Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> Polmoniti	<input type="checkbox"/> Rosolia
<input type="checkbox"/> Mononucleosi	<input type="checkbox"/> Scarlattina	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> Malattie del fegato	<input type="checkbox"/> Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> Malattie renali	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Trauma cranico	<input type="checkbox"/> Otitis	<input type="checkbox"/> Scoliosi	
<input type="checkbox"/> Malattie dell'occhio	<input type="checkbox"/> Malattie dell'orecchio	<input type="checkbox"/> Piedi piatti/cavi	
<input type="checkbox"/> Altre malattie			

Ha portato o porta:

Rialzi al piede: Busto correttivo:

Occhiali o Lenti a contatto:

Ha subito interventi chirurgici?

nessuno appendicite tonsille adenoidi ernia del disco altri.....

Se sì, a che età?

Ha subito traumi dell'apparato osteo-articolare?

fratture distorsioni gravi lesioni muscolari (strappi/stiramenti) lussazioni

altri infortuni:

Per le Atlete:

Età prima mestruazione:anni Data ultima mestruazione:

Anomalie del ciclo mestruale NO SI Assume anticoncezionali? SI NO

Le è mai stato riscontrato durante una visita medica:

Malattia Cardiaca: SI NO Soffio Cardiaco: SI NO

Ipertensione Arteriosa: SI NO Aritmie Cardiache: SI NO

Durante l'attività sportiva agonistica ha mai accusato o accusa attualmente alcuni dei seguenti disturbi?

Capogiri SI NO Difficoltà di respiro SI NO

Svenimenti SI NO Dolore o costrizione al petto SI NO

Irregolarità Cardiache SI NO

Informato sulle modalità di esecuzione della visita medica e degli accertamenti previsti dal DPR 18/02/82 per il rilascio del certificato di idoneità agonistica, acconsento a sottopormi alla visita medico sportiva.

Io sottoscritto/a ,nato/a il

DICHIARO di

essere non essere stato/a sottoposto/a a precedenti visite medico sportive e che le notizie fornite nel presente questionario sono completamente veritiere.

DICHIARO di

non avere accertamenti relativi a visite sportive in sospeso presso altre strutture pubbliche o private.

Spinea,/...../.....

_____ Firma dell'atleta se maggiorenne

A carico del genitore dell'atleta minorenni

dichiaro di aver preso visione dell'informativa del 3C Centro Clinico Chimico in merito all'esercizio della Patria Potestà sul minore per l'esecuzione di prestazioni sanitarie e di confermare la sussistenza delle condizioni previste.

Cognome: Nome: Codice Fiscale:

Data di Nascita: Luogo di Nascita:

Data ____/____/____

Firma del Genitore _____

PROMEMORIA PER L'ATLETA

ATTENZIONE! IL GIORNO DELLA VISITA RICORDATI DI PORTARE:

- 1) fotocopia di documento di identità e tessera sanitaria, da consegnare in Segreteria;
- 2) scheda anamnestica debitamente compilata e firmata, che trovi in allegato o nel sito www.centroclinicochimico.it tra i documenti disponibili nel servizio poliambulatorio;
- 3) una provetta di urine da 12 mL o un vasetto di urine da 120 mL. Non sono necessarie le urine della mattina, ma devono essere raccolte nelle ultime 4 ore prima della visita. Non si accetteranno contenitori diversi da quelli indicati (NO bottiglie di plastica o contenitori in vetro che precedentemente abbiano contenuto alimenti o siano destinati a questo uso);
- 4) eventuale documentazione sanitaria relativa a malattie, infortuni, esami diagnostici o di laboratorio eseguiti negli anni precedenti;
- 5) eventuale altra documentazione sanitaria specifica richiesta dalla disciplina sportiva praticata;
- 6) abbigliamento ed accessori: pantaloncini da ginnastica corti o lunghi, scarpe da ginnastica;

Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non mangiare abbondantemente.

IL MINORENNE dovrà essere accompagnato da un genitore, munito di fotocopia dei propri documenti d'identità; qualora fosse accompagnato da persona diversa dal genitore, quest'ultima dovrà essere munita di delega sottostante, di propri documenti d'identità e quelli del genitore che ha compilato e firmato la scheda anamnestica;

DELEGA AD ACCOMPAGNARE E PRESENZIARE ALLA VISITA MEDICA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
_____ esercente la patria potestà sul minore: _____
nato/a a _____ il _____

DELEGO

il /la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
_____ ad accompagnare e presenziare in mia vece alla visita medica a cui mio/a figlio/a si sottoporrà per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica. Autorizzo, altresì, il delegato a firmare eventuale documentazione necessaria a poter svolgere la sopraddetta visita medica.

Data _____

Firma _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO DEL DELEGANTE E DEL DELEGATO