

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?

1. Tra i suoi famigliari (genitori, figli, fratelli, nonni, zii, cugini) vi sono stati casi di:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morte improvvisa | <input type="checkbox"/> Infarto miocardico | <input type="checkbox"/> Aritmie cardiache |
| <input type="checkbox"/> Altre malattie cardiache | <input type="checkbox"/> Ictus | <input type="checkbox"/> Asma bronchiale |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Nessuna delle precedenti | | |

2. Ha mai avuto di patologie di rilievo, è mai stato ricoverato in ospedale o ha mai subito interventi chirurgici?

- Sì (e se sì quali).....
 No

3. Ha avuto problemi cardiaci?

- Sì (e se sì quali).....
 No

4. E' allergico e/o asmatico?

- Sì
 No

5. E' iperteso?

- Sì
 No

6. Soffre/ha sofferto di epilessia?

- Sì
 No

7. Ha il colesterolo alto?

- Sì
 No

8. E' diabetico?

- Sì
 No

9. Fuma?

- Sì (se sì quante sigarette al giorno e da quanto tempo)
 No

10. Prende farmaci?

- Sì (se sì quali)
 No

11. A riposo e/o durante esercizio avverte mai:

- o Il cuore che batte in modo irregolare o Dolore al petto
o Mancanza di respiro o Nessuna delle precedenti

12. E' mai svenuto?

- o Sì
o No

13. (Per le atlete) il ciclo mestruale è regolare?

- o Sì
o No

14. E' sempre risultato idoneo alla visita medico-sportiva agonistica?

- o Sì
o No

15. Ha mai svolto accertamenti in seguito alla visita medico-sportiva (ecocardio, ECG Holter delle 24 ore o altri)?

- o Sì
o No

16. E' mai risultato positivo al Covid-19?

- o Sì
o No

Firma _____

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