

## SCHEDA ANAMNISTICA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA

*da compilarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta o del genitore per l'atleta minorenni*

Cognome e nome dell'atleta
Data e luogo di nascita dell'atleta
Residenza dell'atleta (CAP - via e città)
Cognome e nome del genitore che accompagna
Tipo e numero di documento dell'atleta o del genitore
Codice Fiscale dell'Atleta
Telefono (preferibilmente cellulare)
E-mail

### ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale viene richiesta la visita: ..... Società .....

Numero degli allenamenti a settimana ..... durata media .....

Data ultima visita .....  Sempre idoneo alle precedenti visite

altri accertamenti .....

Non idoneo in precedenti visite per .....

### ANAMNESI FAMILIARE fratelli e sorelle, genitori o nonni che soffrono o abbiano sofferto di:

Infarto .....

Ictus .....

Ipertensione arteriosa .....

Diabete .....

Colesterolo alto .....

Morte improvvisa GIOVANILE (prima dei 50 anni) .....

.....

.....

### ANAMNESI PERSONALE

**Fumo:**  mai fumato  fuma dall'età di ..... anni ..... sigarette/giorno

ex fumatore, ha fumato per ..... anni ..... sigarette/giorno

**Beve caffè:**  mai  raramente  si ..... al giorno

**Beve alcolici:**  mai  raramente  ai pasti

**Vaccinazioni:**  è in regola con le vaccinazioni obbligatorie

**Porta occhiali:**  No, non ho nessun problema visivo

Sì per .....

### Non ho mai avuto malattie gravi

Malattie e sintomi rilevanti che devono essere segnalati: svenimenti improvvisi, vertigini improvvise, dolore toracico, aritmia cardiaca, malattie di cuore, ipertensione, allergie, asma allergico, asma da sforzo, diabete, mal di testa, malattie congenite, malattie del fegato, malattie dei reni, malattie psichiche, malattie polmonari, broncopolmoniti, epilessia e convulsioni, scoliosi, piedi piatti, daltonismo o difficoltà a distinguere i colori.

Specificare le eventuali malattie pregresse: .....

.....

.....

**Per le Atlete:**

- Non mestruta     Mestruta. Et  prima mestruazione: .....     Ciclo mestruale regolare  
 Disturbi mestruali .....     In menopausa dall'et  .....

**Non sono mai stato sottoposto ad interventi chirurgici**

Specificare gli eventuali interventi chirurgici a cui   stato sottoposto .....

**Non ho mai avuto traumi di rilevante entit **

Specificare gli eventuali traumi (fratture, distorsioni, traumi cranici, ecc.).....

**Non ho mai avuto alcun disturbo rilevante legato allo sforzo fisico**

Specificare se durante lo sforzo e l'attivit  fisica ha avuto     palpitazioni     vertigini  
 svenimenti     crisi respiratorie     dolore toracico  
 altro .....

**Non sto assumendo farmaci per cure a lungo termine**

Sto assumendo .....

**NOTE ESAME OBIETTIVO A CURA DEL MEDICO:**

EO:

NOTE E CONSIGLI:

EO OSTEO-SCHELETRICA:

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR Codice in materia di protezione dei dati personali, dichiaro di aver preso visione dell'Informativa e acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneit  sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti.

Dichiaro di aver letto e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali e le sopracitate note e consigli, inoltre mi   stato risposto esaurientemente ad ogni mia domanda. Comprendo l'importanza e lo scopo di queste indicazioni fornite. Riconosco che esse sono necessarie alla mia sicurezza ed al mio benessere.

Padova, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del dichiarante  
(o di un genitore per atleti minorenni)**

**Da compilarsi con i dati del genitore se l'atleta   minorenne**

Letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali, di cui all'art.13 del regolamento Europeo 2016/679. Preso atto che il Trattamento dei miei dati e quello del Minore che rappresento,   necessario per il rilascio del certificato di idoneit  all'attivit  sportiva

DO IL CONSENSO

Dichiaro di essere titolare della responsabilit  genitoriale sul minore Atleta oggetto della presente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Padova, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_