

# THERMALMEDICA

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO  
Corso terme, 201 Montegrotto T. (PD)

## SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_  
SPORT PER CUI E' RICHIESTA LA VISITA \_\_\_\_\_  
SOCIETA' SPORTIVA DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

**MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA** Specificare se genitore, fratello, sorella, nonno, nonna..  
CHE LEI SIA A CONOSCENZA, NELLA SUA FAMIGLIA SI SONO VERIFICATI CASI DI:

Cardiomiopatia	SI	NO		Aritmia	SI	NO	
Ipertensione	SI	NO		Diabete	SI	NO	
Morte improvvisa	SI	NO		Asma	SI	NO	
Ictus	SI	NO		Tumori	SI	NO	
Infarto /Malattia coronarica	SI	NO		Altro	SI	NO	

### ANAMNESI CARDIOLOGICA

HA MAI AVVERTITO I SEGUENTI DISTURBI:

Dolori al torace?	SI	NO
Palpitazioni più prolungate?	SI	NO
Difficoltà respiratoria abnorme rispetto allo sforzo fisico?	SI	NO
Cefalea in relazione allo sforzo?	SI	NO
Perdita di conoscenza?	SI	NO
Sensazione di battito mancante o battito in più?	SI	NO
È a conoscenza di soffrire di malattie cardiache?	SI	NO

HA MAI ESEGUITO ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI? SI NO  
SE SI QUALI?.....

PER L'IDONEITA' SPORTIVA AGONISTICA, LE SONO  
MAI STATI RICHIESTI APPROFONDIMENTI CARDIOLOGICI? SI NO  
SE SI QUALI?.....

### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA Barrare con X

Morbillo	Pleurite	Malattia reni	Fratture
Varicella	Polmonite	Malattia intestino	Distorsioni
Rosolia	Sinusite	Celiachia	Lussazioni
Scarlattina	Febbre reumatica	Svenimento	Stiramenti/Strappi
Parotite	Allergie	Sclerosi multipla	Scoliosi
Pertosse	Asma	Traumi oculari	Dorso curvo
Epatite virale	Anemia	Trauma cranico	Piede piatto
Mononucleosi	Diabete	Ipertensione	Busti correttivi
Tonsillite	Tiroidite	Aritmie	Ginnastica correttiva
TBC	Epilessia	Infarto	Protesi
Altro			

E' in regola con le vaccinazioni obbligatorie? SI NO

Interventi chirurgici? SI NO

Tonsille	Adenoidi	Appendice	Ernia
Altro			

Attualmente segue qualche terapia medica o sta prendendo farmaci? \_\_\_\_\_

È portatore di occhiali o lenti a contatto? Si No

Miopia	Astigmatismo	Ipermetropia	Altro
--------	--------------	--------------	-------

Fuma? SI NO Da quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quante sigarette al giorno? \_\_\_\_\_

SOLO PER ATLETA FEMMINA 1° mestruazione a \_\_\_\_ anni Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_

ATTIVITÀ PROFESSIONALE \_\_\_\_\_

E' LA PRIMA VISITA MEDICO SPORTIVA? SI NO

E' UN RINNOVO IN QUESTO POLIAMBULATORIO? SI NO

IN VISITE PRECEDENTI, È SEMPRE STATO DICHIARATO IDONEO? SI NO

HA QUALCHE ACCERTAMENTO MEDICO SPORTIVO IN SOSPESO

IN ALTRE STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE? SI NO

SE SI DOVE ? \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (genitore di \_\_\_\_\_) dichiara, sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.

E' assolutamente certo di aver informato completamente il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o evento patologico contratto nel passato.

**FIRMA**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dell'atleta se maggiorenne di chi accompagna per il minore

### CONSENSO INFORMATO

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità agonistica, compreso il test da sforzo (test ergometrico, test al gradino).

**FIRMA**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dell'atleta se maggiorenne di chi accompagna per il minore

### All.1 \_ Modello di dichiarazione da rendere da parte dell'atleta

#### DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia;
- di non aver avuto, nelle ultime settimane, contatti a rischio con persone affette da Covid-19

In fede,

\_\_\_\_\_ [data e firma dell'atleta]

[in caso di minore, firma dell'esercente la potestà genitoriale]

*Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità di prevenzione da Covid-19 di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.*