

Modulo Anamnestico da compilarsi prima della visita

Nel caso dubbio non risponda, ma ne parli con il medico al momento della visita

NOMINATIVO ATLETA _____

Barrare il quadratino

1. E' la prima volta che esegue la visita di idoneità per lo sport agonistico? SI NO

2. Al di fuori delle visite per lo sport, ha mai fatto un elettrocardiogramma? SI NO

3. Ha mai fatto un ecocardiogramma? SI NO

4. Ha mai fatto le analisi del sangue? SI NO

5. E' mai risultato/a non idoneo/a all'attività sportiva in una precedente visita medica? SI NO

6. E' mai stato/a sospeso/a dall'attività sportiva per motivi di salute SI NO

7. Ha mai avuto malori a riposo e/o durante la pratica sportiva?
(es.dolori al torace, vertigini, svenimenti, palpitazioni, tachicardie, affanno, ecc.) SI NO

8. Per ottenere il certificato sportivo, ha mai dovuto eseguire accertamenti in più
rispetto a quelli che normalmente si eseguono? SI NO

9. Soffre, o ha sofferto in passato, di qualche malattia di un certo rilievo?
(esempio: malattie cardiache, epilessia, pressione alta, asma bronchiale, ecc.) SI NO

10. Ha mai subito traumi o lesioni accidentali di un certo rilievo? SI NO

11. Si è mai sottoposto a interventi chirurgici? SI NO

12. Attualmente, prende qualche farmaco? SI NO

13. Tra i suoi parenti,ci sono stati casi di "morte improvvisa" prima dei 40 anni? SI NO

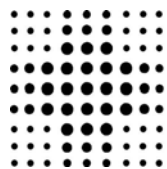
14. Tra i suoi parenti ci sono o ci sono stati casi di malattie quali diabete, malattie di
di cuore, ipertensione, malattie respiratorie, ecc? SI NO

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico circa le mie attuali condizioni psico-fisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive

Ai sensi del DLgs 196/2003 acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili per i fini connessi alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità di cui alla specifica materia

Luogo e data _____

Firma del dichiarante (se maggiorenne) o del genitore / esercente patria potestà (se minorenni)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna

Dipartimento di Sanità Pubblica
Servizio di Medicina dello Sport e
Promozione dell' Attività Fisica