



QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER MEDICINA DELLO SPORT

- CERTIFICATO SPORTIVO AGONISTICO**
- CERTIFICATO SPORTIVO NON AGONISTICO**
- CERTIFICATO ATTIVITA' LUDICO MOTORIA**

DATI DELL'ATLETA

Il sottoscritto: Cognome:..... Nome:.....

Sesso: M F Nato a:.....(.....)..... Il.....

Società Sportiva:..... Sport.....

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (genitori e nonni dell'atleta)

I parenti sono affetti da

Ipertensione Arteriosa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....	Diabete Mellito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....
Infarto e/o malattie coronariche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....	Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....
Aritmie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....	Morti improvvise	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....
Malattia delle valvole	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....	Malattie genetiche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....
Ischemia cerebrale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	chi.....			

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Ultima vaccinazione antitetanica	Data.....		Diabete Mellito	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Fumo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quanto..... Da quanti anni?.....	Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Caffè o sostanze stimolanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quanto.....	Allergie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali.....
Alcolici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quanto.....	Ipertensione Arteriosa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Malattie dell'infanzia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali.....	Ipotiroidismo/ ipertiroidismo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quale.....
Aritmie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali.....	Epilessia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Malattie valvole cardiache	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....	Infarto e/o Malattie Coronariche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....
Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....	Utilizza occhiali?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Per quali difetti?.....

SOLO FEMMINILE:		
Età prima mestruazione.....	data ultima mestruazione.....	Ciclo regolare <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Menopausa <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Gravidanza <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quante?.....

Assume farmaci? NO SI Quali?.....
Per quale patologia.....

-Infortuni/lesioni gravi NO SI Quali e quando?.....

-Interventi chirurgici e/o ricoveri NO SI Quali e quando?.....

Altre malattie da segnalare?.....

ANAMNESI CARDIOLOGICA:

- È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico? NO SI
- Ha mai avuto la sensazione di battito mancante? NO SI
- Quando compie uno sforzo fisico (scale, corsa): accusa o ha accusato mancanza di respiro? NO SI
- Senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace? NO SI
- Ha mai accusato episodi d'improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità? NO SI

PRECEDENTI VISITE MEDICO SPORTIVE

- Hai già fatto visite di idoneità? NO SI se si dove l'ultima volta? In che anno?.....
- Sei mai stato dichiarato "NON IDONEO"? NO SI Se si, per quali motivi?
- Ti sono mai stati richiesti accertamenti supplementari? NO SI Se si, quali e per quale motivo?

POSITIVITA' AL COVID 19

- ha contratto infezione al Covid 19 negli ultimi 12 mesi? NO SI Se si, con quali sintomi?.....

Io sottoscritto:

- Accenso di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative vigenti relative alla visita di idoneità sportiva e all'esecuzione del Test da sforzo al cicloergometro/Step test.

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

- Dichiaro di aver informato correttamente il medico delle mie condizioni psicofisiche, che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto. Dichiaro inoltre di non aver ricevuto in altra sede giudizio di "NON IDONETÀ" alla pratica sportiva. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool. (Circ. Reg. Veneto n°23694 del 20106/1986).

DICHIARO NON DICHIARO

Firma dell'Atleta (o del genitore se minorenne)

Firma del Medico dello sport

.....

.....

Data

Qualora l'Atleta risulti IDONEO verrà consegnato solo il certificato medico sportivo e non gli esiti degli esami eseguiti in fase di visita, esami eseguiti al solo scopo valutativo al fine del rilascio del certificato e non spendibili in altra visita. Tutta la documentazione, in originale, prevista dalla visita (spirometria, ECG, Test da sforzo, certificato ...) fa parte di una Cartella Clinica la cui conservazione è onere e responsabilità del Centro Medico e del Medico dello Sport. Per quanto riguarda gli esami di approfondimento eventualmente richiesti (eco cardiaca, holter...) verranno conservati in copia in cartella clinica, mentre gli originali di questi esami saranno consegnati all'atleta.

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI MINORI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DELL'ART. 46 DEL D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____,
nato/a a _____ il _____
grado di parentela del minore _____

consapevole delle responsabilità penali conseguenti al rilascio di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

di acconsentire allo svolgimento della prestazione sanitaria nella propria qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale / amministratore di sostegno / soggetto delegato dal genitore _____

Dichiara altresì di avere facoltà e potere di acconsentire alla prestazione sanitaria di cui sopra in nome e per conto del figlio/a / amministrato / soggetto delegato e di non essere incorso/a nella sospensione della responsabilità genitoriale o in altre situazioni che non consentano di prestare il consenso allo svolgimento della prestazione sanitaria richiesta.

Autorizzo Domus Medica s.r.l. che riceve questa autocertificazione a verificare i dati in essa contenuti rivolgendosi alle Amministrazioni competenti, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000.

Firma _____



DOMUS MEDICA
CENTRO CURE SPECIALISTICHE

ISTRUZIONI PER VISITA MEDICO SPORTIVA

- Presentarsi alla visita con il **questionario anamnestico compilato**;
- presentarsi 15 minuti prima dell'appuntamento;
- per i minori NON accompagnati dai genitori, vengono richiesti: delega scritta e fotocopia del documento d'identità in corso di validità di un genitore (*vedi retro del presente documento*).
- Portare documentazione pregressa di patologie

Per chi deve eseguire la visita **AGONISTICA**:

- all'arrivo in struttura verrà consegnata la provetta per la raccolta delle urine;
- per atleti MASCHI OVER 40 e FEMMINE OVER 50 portare esami del sangue non più vecchi di 6 mesi: (colesterolo LDL+glicemia+emoglobina glicata)
- solo per chi è risultato positivo al COVID 19 negli ultimi 12 mesi, consigliamo di portare:
 - Copia tampone positività
 - Copia precedente certificato sportive



DOMUS MEDICA
CENTRO CURE SPECIALISTICHE

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO MINORI

Io sottoscritto/a

nato/a a il.....

carta d'identità n°.....(allegare copia documento)

genitore / tutore legale del minore

.....

nato/a a il.....

DELEGO

Il /la Sig.

nato/a a il.....

carta d'identità n°.....(allegare copia documento)

ad essere presente in mia vece alla prestazione medica a cui mio figlio/a si sottoporrà presso la vostra struttura.

Data

Firma