



**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:..... Prov:..... Il:.....

Società Sportiva:..... Sport:.....

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

I parenti sono affetti da

Iperensione 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	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quanto.....	<b>Allergie</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali.....
Alcolici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quanto.....	Iperensione 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	.....	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quando.....
Infarto e/o Malattie Coronariche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....	Piede piatto	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Plantari <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
			Scarpe ortopediche	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....	Scoliosi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cure con busti correttivi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
			Ginnastica correttiva <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Utilizza occhiali?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Per quali difetti?.....	Traumi oculari	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

<b>SOLO FEMMINILE:</b>		
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?.....

Altre malattie da segnalare?.....

Assume farmaci?  NO  SI Quali?.....

Patologia.....

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

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

**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? .....

**IMPORTANTE: PARTE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI POSITIVITA' AL COVID 19**  
**NEGLI ULTIMI 12 MESI**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole della responsabilità penale conseguente al rilascio di dichiarazioni mendaci, dichiaro:

di aver ricevuto una refertazione di positività al Covid nel corso degli ultimi dodici mesi in data.....con sintomi.....;

di aver eseguito precedente visita medico sportiva in data .....richiesta per lo sport..... presso ULSS/Centro Medico.....dal Dott.....(allega copia certificato di idoneità)

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

- autorizzo, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica/ludico motoria, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive e autorizzo Domus Medica, in caso di fermo certificato, ad avvisare la Società Sportiva di appartenenza.

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

- 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" o SOSPENSIONE** 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 minorenni)

Data .....

**Firma del Medico dello Sport**.....

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.

## **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*).

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

- all'arrivo in struttura verrà consegnata la provetta per la raccolta delle **urine**;
- solo per chi è risultato **positivo al COVID 19** negli ultimi 12 mesi, consigliamo di portare:
  - Copia tampone positività
  - Copia precedente certificato sportivo



## 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 .....