



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO - AGONISTICO - SI COVID19**

**DATI DELL'ATLETA (Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'Atleta se maggiorenne, dal genitore con i dati dell'Atleta se minorenni. La casella di scelta NO o SI dovrà essere sempre barrata).**

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

Sesso: M F Nato a: ..... Prov: ..... Il: .....

Società Sportiva: ..... **Chiede il rilascio della certificazione di idoneità alla pratica AGONISTICA dello Sport** ..... **per la partecipazione a titolo individuale a competizione agonistica.**

**NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (barrare le caselle indicando il tipo di malattia dalla quale sono o sono stati affetti i familiari, genitori e nonni dell'atleta, specificando a lato la parentela).**

1. I parenti sono affetti da:

- |                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| Ipertensione Arteriosa           | NO SI - chi..... |
| Infarto e/o malattie coronariche | NO SI - chi..... |
| Aritmie                          | NO SI - chi..... |
| Malattia delle valvole           | NO SI - chi..... |
| Ischemia cerebrale               | NO SI - chi..... |
| Diabete Mellito                  | NO SI - chi..... |
| Ipercolesterolemia               | NO SI - chi..... |
| Morti improvvise                 | NO SI - chi..... |
| Malattie genetiche               | NO SI - chi..... |

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 2. Ultima vaccinazione antitetanica | data: .....  |
| Fumo                                | NO SI Quante sigarette al giorno?..... Da quanti anni?.....        |
| Caffè                               | NO SI Quanti al giorno?.....                                       |
| Alcoolici                           | NO SI Quantità?.....   |
| Malattie dell'infanzia              | NO SI Quali?.....  |
| Aritmie                             | NO SI Quali?.....  |
| Malattie valvole cardiache          | NO SI .....  |
| Infarto e/o Malattie Coronariche    | NO SI .....  |
| Ipercolesterolemia                  | NO SI .....  |
| Diabete Mellito                     | NO SI .....  |
| Asma bronchiale                     | NO SI .....  |
| Allergie                            | NO SI Quali?.....  |
| Ipertensione Arteriosa              | NO SI  |
| Ipotiroidismo/Ipertiroidismo        | NO SI Se si quale?.....  |
| Epilessia                           | NO SI .....  |
| Trauma cranico                      | NO SI Quando?.....   |
| Piede piatto                        | NO SI Plantari?..... Scarpe ortopediche? .....                     |
| Scoliosi                            | NO SI Cure con busti correttivi?..... Ginnastica correttiva? ..... |
| Altre malattie                      | NO SI Quali?.....  |
| Assume farmaci?                     | NO SI Quali?.....  |
| Dosi:.....                          |  |
| Patologia?.....                     |  |

3. 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

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

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

6. Utilizza occhiali? NO SI Per quali difetti? .....

Traumi oculari? NO SI .....

7. Hai già fatto visite di idoneità? NO SI Se sì, dove l'ultima volta?.....In che anno?.....

Sei mai stato dichiarato "NON IDONEO"? NO SI Se sì, per quali motivi? .....

Ti sono mai stati richiesti accertamenti supplementari? NO SI Se sì, quali e per quale motivo? .....

### 8. SOLO FEMMINILE:

età prima mestruazione..... ciclo regolare  ciclo irregolare data ultima mestruazione .....

menopausa  SI  NO gravidanza se si quante? .....

Io sottoscritto:

- 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 IDONEITA'" 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 20/06/1986).

**Con la presente:**  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

- dichiaro di volermi sottoporre agli accertamenti previsti dalle normative vigenti relative alla visita di idoneità sportiva e all'esecuzione del Test da sforzo al cicloergometro/Step test. **Con la presente:**  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, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive e autorizzo il Centro Medico, in caso di fermo certificato, ad avvisare la Società Sportiva di appartenenza.

**Con la presente:**  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

### DICHIARA INOLTRE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di essere stato dichiarato idoneo alla pratica sportiva agonistica per lo sport.....

in data ..... dal Dott.....

della ULSS/Centro Medico.....

(allega copia certificato di idoneità) e di aver riscontrato positività al Covid 19 in data....., di aver accusato i seguenti sintomi.....

e di essere negativizzato in data..... (allega copia referto tampone negativo).

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Atleta (o del genitore se minorenne) \_\_\_\_\_

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.**