



**IRIS**  
CENTRO MEDICO

## SCHEDA ANAMNESTICA AI FINI DEL RILASCIO DELL'IDONEITA' SPORTIVA

### DATI ATLETA

Cognome ..... Nome .....  
 Peso ..... Altezza ..... Nato il ...../...../..... A .....  
 ULSS ..... telefono .....  
 Residente a ..... ( ) CAP .....  
 in via ..... n° ..... Codice Fiscale .....  
 carta d'identità o patente **(del genitore se l'atleta è minorenni)** .....  
 Rilasciata da ..... Il .....

Sport per cui viene richiesta l'idoneità sportiva .....

Società di appartenenza .....

Tipologia di visita:  AGONISTICA  NON AGONISTICA

### ANAMNESI FAMILIARE: (specificare chi tra i familiari soffre o ha sofferto dei problemi di salute elencati)

Morte improvvisa:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....
Malattie di cuore:	NO	SI	Quali? Chi ne ha sofferto? .....
Aritmie:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....
Iperensione:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....
Ictus cerebrale:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....
Colesterolo/trigliceridi elevati:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....
Diabete:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....
Allergie:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....
Tumori:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....
Malattie della tiroide:	NO	SI	Chi ne ha sofferto? .....

### ANAMNESI ATLETA:

FA USO DI LENTI O OCCHIALI?	NO	SI	
Se sì, per quale motivo:	MIOPIA	ASTIGMATISMO	IPERMIOPIA STRABISMO
Fuma:	NO	SI	
Beve alcolici:	NO	SI	
Assume farmaci:	NO	SI	Se sì, quali? .....
Ha avuto interventi chirurgici o ricoveri ospedalieri:			Se sì, quali e quando? .....

È già stato sottoposto a visite medico-sportive? 

NO	SI
----	----

È mai stato dichiarato sospeso o non idoneo? 

NO	SI
----	----

Ha in corso approfondimenti in un altro centro? 

NO	SI
----	----

Soffre o ha mai sofferto di?

Malattie cardiache:

NO	SI
----	----

Soffio cardiaco:

NO	SI
----	----

Ipertensione arteriosa:

NO	SI
----	----

Aritmie cardiache:

NO	SI
----	----

Dolore o costrizione al petto,

svenimento, vertigini,

cardiopalmo/palpitazioni:

NO	SI
----	----

Se si, indichi quali: .....

Ha mai avuto questi sintomi durante o dopo uno sforzo? .....

Malattie esantematiche:

NO	SI
----	----

Tonsilliti frequenti:

NO	SI
----	----

Broncopolmonite:

NO	SI
----	----

Asma bronchiale o da sforzo:

NO	SI
----	----

Allergie alimentari o a farmaci gravi:

NO	SI
----	----

Malattie renali:

NO	SI
----	----

Sangue nelle urine:

NO	SI
----	----

Diabete:

NO	SI
----	----

Malattie della tiroide:

NO	SI
----	----

Colesterolo elevato:

NO	SI
----	----

Epilessia:

NO	SI
----	----

Trauma cranico:

NO	SI
----	----

Se si, indichi quali: .....

Se si, indichi quali: .....

Altro da segnalare: .....

Ha mai avuto tamponi positivi al Sars-CoV-2?

NO	SI
NO	SI

In che periodo? .....

L'infezione ha richiesto ricoveri ospedalieri o l'uso di farmaci?

L'atleta e/o il genitore dell'atleta dichiara di aver informato il medico dello sport in merito alle attuali condizioni psico-fisico dell'atleta, alle sue eventuali precedenti patologie e che quanto esposto corrisponde a verità. Dichiara inoltre che il figlio NON ha in sospeso accertamenti presso strutture pubbliche o private accreditate. Dichiara di acconsentire alla visita e alle relative procedure diagnostiche previste ed al trattamento dei dati personali secondo la legge sulla privacy 675/96, testo consolidato con il D.LG. n° 467 del 28/12/2001 e successivo D.LG. 196/03 del 30/06/2003.

Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva.

Luogo e data:

Santorso, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (genitore se minorenne)

\_\_\_\_\_