



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 minorene)**
 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:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Malattie di cuore:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Quali? Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Aritmie:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Ipertensione:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Ictus cerebrale:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Colesterolo/trigliceridi elevati:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Diabete:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Allergie:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Tumori:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			
Malattie della tiroide:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Chi ne ha sofferto?
NO	SI			

ANAMNESI ATLETA:

FA USO DI LENTI O OCCHIALI?	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	
NO	SI			
Se sì, per quale motivo:	MIOPIA	ASTIGMATISMO		
		IPERMIOPIA		
		STRABISMO		
Fuma:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	
NO	SI			
Beve alcolici:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	
NO	SI			
Assume farmaci:	<table border="1"><tr><td>NO</td><td>SI</td></tr></table>	NO	SI	Se sì, quali?
NO	SI			
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)
