



AMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA DI I° LIVELLO
DIRETTORE SANITARIO: DOTT.SSA CANTORESI CRISTINA, SPECIALISTA IN MEDICINA SPORTIVA

SCHEMA DI VALUTAZIONE MEDICA SPORTIVA: ANAMNESI

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____

A _____ RESIDENTE A _____ TEL _____

VIA _____ N° _____ DOC. IDENTITA' C.I. P.d.G. PASS. N. _____

SCADENZA DOCUMENTO _____ SPORT AGONISTICO SI NO

GRUPPO SPORTIVO _____ SPORT _____

E-mail _____ @ _____

HA GIA' FATTO VISITE DI IDONEITA'? NO SI DOVE L'ULTIMA VOLTA? _____ IN CHE ANNO _____

E' MAI STATA NEGATA IDONEITA'? NO SI PERCHE' _____

HA MAI AVUTO ANCHE IN FAMIGLIA:

MALATTIE DI CUORE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	CHI?	ALLERGIE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	CHI?
PRESSIONE ALTA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	CHI?	ASMA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	CHI?
MALATTIE DI RENI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	CHI?	DIABETE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	CHI?
MALATTIE DI FEGATO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	CHI?	COLESTEROLO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	CHI?

CI SONO STATI CASI DI MORTE IMPROVVISA IN GIOVANE ETA' IN FAMIGLIA? NO SI CHI? _____

FUMO NO SI QUANTITA' _____ ALCOL NO SI (VINO _____ BIRRA _____ SUPER ALCOLICI _____)

LAVORO _____ MENARCA ANNI _____ (ULTIMO CICLO _____) PESO _____ ALTEZZA _____

ASSUME FARMACI? NO SI QUALI? _____

PORTA OCCHIALI O LENTI A CONTATTO? NO SI PER _____ GRADAZIONE O. DX _____ O. SX _____

VACCINAZIONE ANTITETANICA NO SI (ULTIMO RICHIAMO _____)



AMBULATORIO DI MEDICINA SPORTIVA DI I° LIVELLO
DIRETTORE SANITARIO: DOTT.SSA CANTORESI CRISTINA, SPECIALISTA IN MEDICINA SPORTIVA

HA MAI AVUTO:

OTITI	NO	SI	ASMA	NO	SI	DIABETE	NO	SI	SOFFIO AL CUORE	NO	SI
TONSILLITI	NO	SI	ALLERGIE	NO	SI	COLESTEROLO	NO	SI	SVENIMENTI	NO	SI
POLMONITI	NO	SI	ANEMIA	NO	SI	MALATTIE DI RENI	NO	SI	PALPITAZIONI	NO	SI
PLEURITI	NO	SI	EPILESSIA	NO	SI	MALATTIE DI CUORE	NO	SI	PRESSIONE ALTA	NO	SI

ALTRE MALATTIE _____

INTERVENTI CHIRURGICI (TIPO E ANNO) _____

OSSERVAZIONI _____

PER I MINORI, INFORMAZIONI FORNITE DA _____

IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER CORRETTAMENTE INFORMATO IL MEDICO DELLE MIE CONDIZIONI PSICO-FISICHE, CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE A VERITA' 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 NONCHE' SUI RISCHI INSITI NELL'ESECUZIONE DELLO STEP-TEST. CON LA PRESENTE DO IL CONSENSO ALL'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICA, COMPRESO LO STEP-TEST, ED ALLA CONSEGNA DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' O DI NON IDONEITA' ALLA SOCIETA' SPORTIVA.

DATA _____

FIRMA DELL'ATLETA

PER I MINORI, FIRMA DEI GENITORI

Il sottoscritto _____ dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art.

13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui al punto 2 dell'informativa.

IN FEDE _____

DATA _____