

Dr. Gianfranco Stupar

Specialista in Medicina dello Sport
C.I.A.R.M.S. FVG: 37019
Socio ordinario FMSI n° 14403

Studio Medico: - Contrada Collalto, 15/A 33057 Palmanova (UD) c/o Poliambulatorio San Marco

Dr.ssa Elena Vecile

Specialista in Medicina dello Sport
C.I.A.R.M.S. FVG: 30593
Socio ordinario FMSI n° 22222

Studio Medico: - Contrada Collalto, 15/A 33057 Palmanova (UD) c/o Poliambulatorio San Marco

SCHEDA ANAMNESTICA

Cognome: Nome: D.N.: .../.../.....

Tel: Attività di studio/lavoro:

A. ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita? Società: Da

quanti anni pratica questo sport? Quante ore dedica allo sport alla settimana?

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica?

Sport praticati in passato:

Prima visita Rinnovo

E' mai stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? Si No

B. ANAMNESI FAMILIARE

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Celiachia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Cardiomiopatie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Iperensione	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Obesità	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie polmonari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

C. ANAMNESI FISILOGICA

È nato a termine SI NO da parto naturale SI NO Allattamento al seno SI NO

Consuma frutta e verdura raramente 2-3/sett. 4-5/sett. ogni giorno

Vaccinazione antitetanica NO NON SO SI ultimo richiamo:

Fuma NO SI EX

Se **si**, quante sigarette in media al giorno e da quanto tempo Ha mai provato a smettere? Vorrebbe smettere? NO SI

Beve alcolici MAI saltuariamente SI quanto?

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO SI quanto?

Età prima mestruazione anni Data ultima mestruazione / /

Anomalie del ciclo mestruale NO SI Gravidanze NO SI

Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari NO SI

Se **si**, quali

Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO Normali Alterati:

ATTENZIONE! COMPILARE ANCHE IL RETRO DEL MODULO

D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha attualmente qualche problema di salute? SI NO

Ha sempre goduto di buona salute? SI NO

Ha sofferto / Soffre di:

- | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Allergie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Diabete mellito | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Colesterolo elevato | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Altre mal. respiratorie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie gastro-intestinali | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Otiti/Sinusiti | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie del fegato/vie biliari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Anemia | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie muscolo-scheletriche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Epilessia | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie neurologiche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Svenimenti | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie tiroidee | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie di cuore | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Altre malattie endocrine | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Palpitazioni | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Neoplasie (Tumori) | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Dolore toracico | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie psichiatriche | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Vertigini | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie dei reni/vie urinarie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Disturbi oculari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Alterazioni alvo/diuresi | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Pressione elevata | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Disturbi del sonno | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

.....
.....
.....
.....
.....

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO SI interventi chirurgici? NO SI

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età
.....
.....

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età
.....
.....

Usa occhiali/lenti a contatto NO SI motivo:

Usa plantari/talloniere NO SI motivo:

Firma del dichiarante
(o di un genitore o esercente la patria potestà per atleti minorenni)

Luogo e Data

Palmanova, / /

.....

Dr. Gianfranco Stupar

Specialista in Medicina dello Sport

C.I.A.R.M.S. FVG: 37019

Socio ordinario FMSI n° 14403

Studio Medico: - Contrada Collalto, 15/A 33057 Palmanova (UD) c/o Poliambulatorio San Marco

Dr.ssa Elena Vecile

Specialista in Medicina dello Sport

C.I.A.R.M.S. FVG: 30593

Socio ordinario FMSI n° 22222

Studio Medico: - Contrada Collalto, 15/A 33057 Palmanova (UD) c/o Poliambulatorio San Marco

- **DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI**
- **CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI Decreto Legislativo 196/2003**
- **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI**
- **DELEGA AL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'**

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti da me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e alla prova da sforzo (test dello scalino per tre minuti - Step Test).

Ai sensi del DL 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali"), avente per oggetto i dati sensibili, acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti (Società di appartenenza, Azienda per i Servizi Sanitari, Assessorato regionale competente, Federazione Sportiva di appartenenza).

Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

Inoltre delego i dirigenti preposti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità qualora non lo faccia personalmente.

Palmanova lì ____/____/____

Firma del dichiarante

(o di genitore o esercente la patria potestà per atleti minorenni)

.....