

RICHIESTA VISITA MEDICA PER IDONEITÀ ALLO SPORT-NON AGONISTICA **QUESTIONARIO ANAMNESI**

COGNOME..... NOME.....
 CODICE FISCALE: ETA'..... SESSO M F
 Nato a PROV (.....) IL/...../.....
 Residente a PROV (.....) ViaN° CAP
 Documento di Identità: N°..... Rilasciato da.....Scadenza/...../.....
 Telefono E-mail

SPORT ATTUALE **SOCIETÀ' SPORTIVA**

PRIMA VISITA **RINNOVO**

ANAMNESI PATOLOGICA DEI FAMILIARI (malattie di cui genitori, fratelli, nonni soffrono o hanno sofferto):

Malattie di cuore	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Iperensione Arteriosa	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Cardiopatìa ischemica/Infarto	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Morte improvvisa giovanile	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Ictus	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Diabete	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Colesterolo alto	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Asma / Allergie	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Tumori	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	chi.....
Altro (specificare).....			

ANAMNESI FIOLOGICA ATLETA

Fumo No Sì quante sigarette al giorno Da quanti anni.....
 Caffè/caffèina No Sì quanti caffè al giorno

Alcolici e superalcolici Astemio Bevitore Occasionale Bevitore Ex-bevitore

Uso di farmaci No Sì quali e perché ..

Alimentazione Libera regime dietetico in atto.....

Vaccinazione Antitetanica No Sì data dell'ultimo richiamo/...../.....

Altro (specificare)

Per le donne: Età della prima mestruazione data dell'ultimo ciclo/...../.....

Gravidanze: No Sì Quante.....

ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (malattie di cui soffri o hai sofferto)

Diabete	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Malattie di cuore / Aritmie	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Malattie renali	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Malattie polmonari/respiratorie	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/> (eventuale pregressa positività al Covid -19 il/...../.....)
Malattie neurologiche o Epilessia	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Iperensione Arteriosa	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Colesterolo alto	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	
Malattie Reumatiche	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Otiti/Sinusiti No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>
Malattie della tiroide	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Tumori No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>

./.

EUTONIA Sanità e Salute S.r.l.

Struttura Sanitaria Privata a Media Complessità autorizzata anche per la Medicina dello Sport di I° Livello
Autorizzazione Sanitaria n. 0073968-P 05/12/2019 - Reg. Aut. FVG ASUITS - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
Sede legale: TRIESTE - via Rossetti, 62 - Tel. +39 040 360430 - Fax +39 040 3724455 - info@eutoniasanitaesalute.it
Cap. Soc. 34.969,00 euro - P. IVA e Reg. Imprese Trieste n. 01223070325 - REA di Trieste n. 133864 - Cod Intersc. M5UXCR1
Dir. San. Dr. Salvatore Guarneri - Sedi operative: Via Mascagni, 3/1 - Via Udine 11, Trieste



Asma	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	Anemia	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Allergie	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	quali.....	
Deficit Visivi	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	(uso lenti.....	Sì <input type="checkbox"/>)	
Altro da segnalare				
Interventi chirurgici subiti	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	quali	età	
Infortuni rilevanti (fratture, lussazioni, gravi distorsioni, strappi)	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	quali	età	
Traumi cranici	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>	quando	

ANAMNESI SPORTIVA ATLETA

Sport attuale praticato..... Società sportiva.....
Da quanti anni pratici questo sport? Quante ore dedichi a settimana?
Sport praticati in passato? Per anni?

Quando pratici sport, hai mai accusato:

Palpitazioni/battito irregolare	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Svenimenti/Vertigini/Capogiri	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Dolori al torace/Costrizione	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
Grande Stanchezza/Fatica sproporzionata	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>

Hai già eseguito visite per l'idoneità allo sport? No Sì dove l'ultima

Sei mai stato giudicato non idoneo all'attività sportiva? No Sì

Hai mai fatto ulteriori accertamenti dopo le visite di idoneità sportiva? No Sì quali.....

Io sottoscritto (o il genitore in caso di minore di 18 anni) dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie condizioni psicofisiche attuali, delle affezioni precedenti, di non aver ommesso nulla circa malattie pregresse o attuali;
- di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive;
- di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la risposta fisiologica allo stress;
- di non far uso di droghe e/o sostanze eccitanti o riconosciute illegali, mi impegno a non farne uso e o do atto di essere informato che fumo di tabacco e alcool sono dannosi per la salute;
- di delegare i dirigenti preposti della Società Sportiva di appartenenza all'eventuale ritiro del mio certificato di idoneità.

Data/...../..... Firma (del genitore/chi esercita la potestà genitoriale, se minore)

IMPORTANTE: prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici né caffè, consumare un pasto leggero.

Presentarsi con abbigliamento comodo e portare Tessera Sanitaria, Codice Fiscale, documento di Identità.

Consegnare eventuali referti cardiologici o referti medici dell'atleta.

ESAME OBIETTIVO

(da compilarsi a cura del Medico dello Sport)

Trofismo _____ Peso Kg. _____ Statura cm. _____

Apparato locomotore _____

Torace ed apparato respiratorio _____

Apparato cardiocircolatorio: _____ P.A. a riposo _____/_____

Addome ed organi genitali: _____

Arti: _____

Acuità visiva: naturale OD _____/10 OS _____/10 _____

corretta OD _____/10 OS _____/10 _____

Senso cromatico: _____

Udito: _____

Esami specialistici integrativi: _____

Conclusioni esame obiettivo: _____

Firma del medico visitante: _____



EUTONIA s.r.l. SANITA' E SALUTE

accreditata S.S.N. - Trieste

Tel: 040 360430

Fax: 040 3724455

info@eutoniasanita.esalute.it

www.eutoniasanita.esalute.it

Modulo di **AUTODICHIARAZIONE COVID-19**, da compilare e consegnare

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov (_____) il ____/____/____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi

(ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000)

DICHIARA

- di **non** aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- di **non** avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane
- di **non** essere entrato in contatto, per quanto a conoscenza, con persone affette da Covid-19 (familiari, luoghi di lavoro, etc.) negli ultimi 14 giorni
- di **non** essere attualmente sottoposto a misure di quarantena o isolamento sociale per Covid-19
- di impegnarsi ad informare la nostra Struttura immediatamente qualora, successivamente alla presente dichiarazione, dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 o entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicato

Luogo, data _____, ____/____/____

L'atleta interessato * _____
* in caso di minore, è necessaria anche la firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (sotto)

Il genitore o l'esercente la potestà genitoriale _____
(in caso di atleta minore)