

### AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Modulo anamnestico per l'accertamento di idoneità allo sport agonistico e non agonistico

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita e luogo \_\_\_\_\_  
Sport per cui si richiede il certificato \_\_\_\_\_ Società sportiva \_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ Contatto telefonico \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Età compiuta \_\_\_\_\_  
Documento di identità \_\_\_\_\_ Medico di base \_\_\_\_\_

#### MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni)

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore.....	SI	NO	Malattie polmonari.....	SI	NO	Tumori.....	SI	NO
Morte improvvisa.....	SI	NO	Allergie.....	SI	NO	Malattie renali.....	SI	NO
Ipertensione arteriosa.....	SI	NO	Asma.....	SI	NO	Malattie del sangue.....	SI	NO
Colesterolo, Diabete.....	SI	NO	Ictus.....	SI	NO	Malattie del fegato.....	SI	NO

Altre malattie: \_\_\_\_\_

#### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

***In seguito ad una visita medica, le è mai stato riferito/diagnosticato:***

Malattia di cuore.....	SI	NO	Soffio al cuore.....	SI	NO
Aritmie (battiti irregolari).....	SI	NO	Ipertensione arteriosa.....	SI	NO

***Durante la sua vita ha mai accusato:***

Dolore o costrizione al petto.....	SI	NO
Svenimenti.....	SI	NO
Cardiopalmò – tachicardia.....	SI	NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco.....	SI	NO

***Durante e/o dopo lo sforzo fisico ha mai accusato:***

Difficoltà respiratoria.....	SI	NO
------------------------------	----	----

***E' mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici?.....*** SI NO Se SI, quali e per quale motivo?:

***Ha mai accusato uno o più, tra i seguenti disturbi:***

Fratture.....	SI	NO	Strappi muscolari.....	SI	NO	Traumi cranici.....	SI	NO
Lussazioni.....	SI	NO	Tendiniti/borsiti.....	SI	NO	Dolori alla schiena.....	SI	NO
Perdite di coscienza.....	SI	NO	Pubalgia.....	SI	NO	Distorsioni.....	SI	NO

Altro \_\_\_\_\_

**MALATTIE DELL'ATLETA:**

Morbillo.....SI NO	Asma.....SI NO	Diabete.....SI NO
VaricellaSI NO	Asma da sforzo.....SI NO	Colesterolo alto.....SI NO
Parotite.....SI NO	Eczema/orticaria.....SI NO	Trigliceridi alti.....SI NO
Rosolia.....SI NO	Emorragie frequenti.....SI NO	Epatite virale.....SI NO
Pertosse.....SI NO	Cefalea.....SI NO	Mononucleosi.....SI NO
Febbre reumatica SI NO	Convulsioni.....SI NO	Malattie genetiche.....SI NO
TonsillitiSI NO	Epilessia.....SI NO	Mal. Reumatologiche.....SI NO
Otiti.....SI NO	Malattie intestinali.....SI NO	Altre malattie non presenti nella scheda:
Sinusiti.....SI NO	Gastrite- ulcera.....SI NO	_____
Polmoniti.....SI NO	Calcoli.....SI NO	_____
Allergie.....SI NO	Disturbi urinari.....SI NO	_____
Malattie tiroidee..SI NO	Acido urico alto.....SI NO	_____

*Attualmente assume medicine?*.....SI NO.....*se SI, quali e con quale modalità/dosaggio?*

*E' mai stato/a sottoposto/a a interventi chirurgici?*.....SI NO.....*se SI, quali e in quale anno?*

*E' mai stato/a sottoposto/a a trattamenti o cure ortopediche con:*

Ginnastica correttiva..SI NO

Busti.....SI NO Altro:\_\_\_\_\_

Gessi.....SI NO

*Fa uso di occhiali o lenti a contatto?*.....SI NO.....*se SI quali per quale disturbo?*

Miopia..SI NO Ipermetropia..SI NO Astigmatismo..SI NO Strabismo.....SI NO

*E' mai stato sospeso/a dall'attività sportiva agonistica in seguito alla visita medico-sportiva?.....SI NO*

*se SI, per quale motivo?* \_\_\_\_\_

**Sesso femminile:**

Età prima mestruazione \_\_\_\_\_ Soffre di disturbi del ciclo.....SI NO

Il sottoscritto/o (Genitore o persona munita di delega per i minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver' compreso il presente questionario in tutte le sue voci, e di avere informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie. Dichiara inoltre, che le notizie, fornite sul questionario, sono complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato "NON IDONEO" o di non essere attualmente "SOSPESO" da una qualsiasi struttura pubblica o privata di Medicina dello Sport.



Poliambulatorio S.S. Trinità  
Piazza Milani, n.4/bLiettole di Campolongo Maggiore  
30010, Venezia  
Telef. 049/5847615, PIVA 04410120275  
[www.poliambulatorioliettole.it](http://www.poliambulatorioliettole.it)

Dichiara di aver correttamente compreso le spiegazioni sul test da sforzo e di aver ottenuto dal personale medico e infermieristico tutti i chiarimenti richiesti.

**FIRMA DELL'ATLETA**  
(Firma del Genitore o tutore per i minorenni)

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_