

ANAMNESI VISITA MEDICO-SPORTIVA

a cura dall'atleta se maggiorenne o del genitore se minorenni

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Domande riferite alla famiglia dell'atleta (genitori, nonni, zii, fratelli, cugini 1° grado)

Iperensione arteriosa NO SI' (chi/a che età) _____

Infarto/malattia coronarica NO SI' (chi/a che età) _____

Cardiomiopatie NO SI' (quale/chi/a che età) _____

Malformazioni cardiache NO SI' (quale/chi/a che età) _____

Arresto cardiaco NO SI' (chi/a che età) _____

Morte improvvisa NO SI' (chi/a che età) _____

Dislipidemia NO SI' (chi/a che età) _____

Diabete NO SI' (chi/a che età) _____

Altro: _____

Domande riferite all'atleta

Numero di allenamenti a settimana: _____ Ore a settimana: _____

Patologie sofferte/diagnosi accertate pregresse o attive (quali/età di diagnosi):

ATTENZIONE: le visite specialistiche devono essere portate in visione in sede di visita.

Terapie farmacologiche assunte regolarmente (nome del farmaco e dosaggio):

Allergie ambientali NO SI' (quali) _____

Allergie a farmaci NO SI' (quali) _____

Fumo NO SI' (tipo/numero al giorno) _____

Ciclo mestruale NO SI' (età menarca _____) regolare: NO SI'

Asma NO SI' _____

Interventi chirurgici NO SI' (quali/quando) _____

Fratture NO SI' (quali/quando) _____

Traumi di rilievo NO SI' (quali/quando) _____

Ricoveri ospedalieri NO SI' (quali/quando) _____

Svenimenti NO SI' (specificare) _____

Dolore toracico NO SI' (specificare) _____

Cardiopulmo/
battito irregolare NO SI' (specificare) _____

Dispnea/
difficoltà respiratoria NO SI' (specificare) _____

Approfondimenti cardiologici eseguiti

Ecocardiogramma NO SI' (quando/motivo) _____

Holter ECG NO SI' (quando/motivo) _____

RM cardiaca NO SI' (quando/motivo) _____

TC coronarica NO SI' (quando/motivo) _____

Altri: _____

ATTENZIONE: gli accertamenti cardiologici devono essere portati in visione in sede di visita.

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche,
delle affezioni precedenti e di non essere stato dichiarato NON IDONEO o SOSPEO presso altra struttura.

Luogo, data _____ FIRMA _____

(dell'atleta se maggiorenne o di un genitore se minorenne)

DICHIARAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI EX ART. 23 DEL D.LGS 196/2003 Dichiaro altresì di
essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale
la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7
del Codice.

Luogo, data _____ FIRMA _____

(dell'atleta se maggiorenne o di un genitore se minorenne)

Nome Cognome (genitore/tutore legale del minore) _____

Codice Fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Email: _____

Recapito telefonico: _____

Luogo, data _____ FIRMA _____

DELEGA PER VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT ATLETA MINORENNE

Io sottoscritto/a _____
Documento di identità n _____ rilasciato il _____
Genitore/Tutore Legale di _____

DELEGO

Il sig./La sig.ra _____
Residente a _____ in via _____
Documento di identità n _____ rilasciato il _____

ad accompagnare il minore alla visita specialistica di Medicina dello Sport presso il Centro Ambrosiano di Medicina dello Sport e a rappresentarmi nei necessari adempimenti burocratici.
Dichiaro inoltre che gli eventuali altri soggetti esercenti la potestà genitoriale sul minore sono a conoscenza della presente delega e pienamente concordi con essa.

ATTENZIONE: allegare fotocopia del documento di identità del delegante e del delegato.

Luogo, data _____ FIRMA _____