



REDFLY SRL Via Vanoni, 14 - 30027 San Donà di Piave (Ve)
Tel. 0421-222587 cell. 334-7027457 info@rctherapy.it
P.I./C.F. 04237890274 Autorizzazione Sanitaria n. 64 del 18.12.14
Iscrizione Albo Reg. Amb. Privati Medicina dello Sport n. B/381
REA VE 377764 Reg. Impr. Venezia 04237890274

San Donà di Piave, lì _____

AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

ANAMNESI PER L'ACCERTAMENTO D'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO E NON AGONISTICO

Cognome e Nome: _____ Luogo e data di nascita _____

Società _____ Sport _____

N° allenamenti/settimana _____ N° ore / allenamento _____

Residenza _____ Via _____

Telefono _____ Professione _____

Altezza m. _____ Peso kg. _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (genitori, nonni, fratelli)

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

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA ANAMNESI CARDIOLOGICA

HA MAI SOFFERTO DI:

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

DURANTE LA SUA VITA HA MAI ACCUSATO:

Dolore o costrizione al petto	SI	NO
Svenimenti o vertigini	SI	NO
Cardiopalmò - tachicardia	SI	NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	SI	NO

DURANTE E/O DOPO LO SFORZO HA MAI ACCUSATO:

Difficoltà respiratorie	SI	NO
-------------------------	----	----

E' MAI STATO SOTTOPOSTO AD ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI SI NO se SI quali: _____

TRAUMI SPORTIVI E NON SPORTIVI

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 conoscenza	SI	NO	Pubalgia	SI	NO	Distorsioni	SI	NO
Altro	_____							

MALATTIE DELL'ATLETA

Morbillo	SI	NO	Asma	SI	NO	Calcoli	SI	NO
Varicella	SI	NO	Asma da sforzo	SI	NO	Disturbi urinari	SI	NO
Parotite	SI	NO	Eczema	SI	NO	Diabete	SI	NO
Rosolia	SI	NO	Malattie Tiroide	SI	NO	Colesterolo alto	SI	NO
Pertosse	SI	NO	Sanguinamenti frequenti			Trigliceridi alti	SI	NO
Tonsilliti	SI	NO	naso / gengive	SI	NO	Acido urico alto	SI	NO
Febbre reumat.	SI	NO	Cefalea	SI	NO	Epatite virale	SI	NO
Otiti	SI	NO	Epilessia	SI	NO	Mononucleosi	SI	NO
Sinusiti	SI	NO	Convulsioni	SI	NO	Altre malattie _____		
Polmoniti	SI	NO	Mal. Intestinali	SI	NO	_____		
Allergie	SI	NO	Gastrite / Ulcera	SI	NO	_____		

E' MAI STATO RICOVERATO? SI NO se **SI** perché _____

E' IN TERAPIA CON FARMACI? SI NO se **SI** quali _____

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI	NO	Ernie	SI	NO	Menisco	SI	NO
Adenoidi	SI	NO	Varicocele	SI	NO	Legamenti	SI	NO
Appendice	SI	NO	Setto nasale	SI	NO	Altri interventi _____		

CURE ORTOPEDICHE

Ginnastica correttiva	SI	NO	Busti	SI	NO	Scarpe ortop.	SI	NO
Plantari	SI	NO	Docce gessate/gessi	SI	NO			

APPARATO VISIVO

FA USO D'OCCHIALI o LENTI A CONTATTO ?			SI	NO				
Miopia	SI	NO	Astigmatismo	SI	NO	Ipermetropia	SI	NO
Strabismo	SI	NO	Presbiopia	SI	NO			

ANAMNESI FISIOLOGICA

Nascita prematura	SI	NO	Idoneo al servizio militare	SI	NO
Età prima mestruazione _____			Ciclo mestruale regolare	SI	NO

E' MAI STATO SOSPESO DALL'ATTIVITA' SPORTIVA IN PRECEDENTI VISITE MEDICO SPORTIVE? SI NO

se **SI** per quale motivo? _____

Il sottoscritto (oppure genitore se l'atleta è minorenne) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver 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.

Autorizza l'Équipe Medica ad espletare il test da sforzo al cicloergometro, finalizzato ad escludere e/o individuare anomalie, nella consapevolezza dei potenziali minimi rischi intrinseci ai test stessi (complicanze gravi in meno di 1/10.000 test). 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 _____

(per i minori firma del Genitore)

Il sottoscritto esprime il consenso ed autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della legge 30.06.03 n.196.

FIRMA DELL'ATLETA _____

(per i minori firma del Genitore)