

# IL PUNTO MEDICO SPORTIVO S.R.L

Tel. 035-302799 Cell. 347/26.82.232 Fax 035-4236166

info@ilpuntomedicosportivo.it

## -FOGLIO ANAMNESTICO-

**SOLO PER MINORENNI OBBLIGATORIA LA COMPILAZIONE**

COGNOME E NOME DI CHI COMPILA (grado di parentela) \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME atleta \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_  
VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N°CIVICO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PAESE e PROVINCIA \_\_\_\_\_  
N° DI TELEFONO E CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
TESS. SANITARIA(codice assistito) \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### PORRE ATTENZIONE ALLE DOMANDE

#### ANAMNESI FAMILIARE:

Indicare i casi di familiari (genitori , fratelli , sorelle) che sono stati, sono affetti dalle seguenti malattie o deceduti a causa delle stesse:

	Diabete	Ipertensione	Malattie cuore	Morte improvvisa sotto i 40 anni
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fratelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ANAMNESI PERSONALE: (barrare risposta corretta , **esempio: se fumi sigarette barri il SI**)

- Beve caffè? SI NO con che frequenza? \_\_\_\_\_
- Fuma sigarette ? SI NO quante nella giornata? \_\_\_\_\_
- Assume farmaci ? SI NO quali e per quale motivo? \_\_\_\_\_
- E' in cura per problemi ortopedici? \_\_\_\_\_ SI NO  
Quali? \_\_\_\_\_
- Ha mai avuto perdite di coscienza, svenimenti? \_\_\_\_\_ SI NO
- Porta occhiali da vista? SI NO Lenti a contatto? \_\_\_\_\_ SI NO
- Ha sofferto / soffre di malattie importanti  
(es. broncopolmonite , epatite , meningite , asma , epilessia , altro ....) ? SI NO  
Quali e quando? \_\_\_\_\_
- Ha subito fratture , traumi cranici o interventi chirurgici ? \_\_\_\_\_ SI NO  
Quali e quando? \_\_\_\_\_
- Ha mai eseguito esami come quelli sotto indicati? NEGLI ULTIMI 5 ANNI (specificare l'anno)  
 Elettrocardiogramma e/o cubo \_\_\_\_\_  Ecografia del cuore \_\_\_\_\_  
 Test da sforzo sulla bicicletta \_\_\_\_\_  Holter pressorio \_\_\_\_\_  Holter cardiaco \_\_\_\_\_
- Sono stati riscontrati soffi cardiaci o altri segni clinici cardiologici ? \_\_\_\_\_ SI NO  
Quali e quando? \_\_\_\_\_
- Ha eseguito esami ematici (del sangue) negli ultimi dodici mesi? \_\_\_\_\_ SI NO
- In che anno ha eseguito l'ultima visita medico sportiva? \_\_\_\_\_
- E' sempre stato idoneo alla pratica sportiva ? SI NO
- Solo per le donne : A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni ? \_\_\_\_\_  
E quando le ultime ? \_\_\_\_\_

Dichiaro di avere informato correttamente il medico delle condizioni psico-fisiche attuali di mio figlio/a e delle affezioni precedenti e dichiaro inoltre che non è mai stato/a ritenuto/a non idoneo/a in precedenti visite medico-sportive .

Informato dal medico sui diritti e sui limiti di cui alla Legge 196/2003 concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei suoi dati personali esprimo il mio consenso e autorizzo il trattamento dei dati personali e familiari relativi di cui sopra , esclusivamente a fini di diagnosi , cura e prevenzione. Tale consenso e' esteso, limitatamente alle specifiche competenze professionali , ai medici del Punto Medico Sportivo nonché al personale Sanitario e amministrativo della cui collaborazione il medico si avvale. La visita Medico Sportiva oltre che a definire che la persona non ha problemi di salute serve per determinare le capacità del soggetto di applicarsi ad un determinato sport (caratteristiche psicoattitudinali) Per determinare quest'ultima è necessario che l'atleta esegua la visita senza accompagnatore. Il Medico è a disposizione dopo la visita per definire eventuali problematiche che sono intervenute.

SI RAMMENTA INOLTRE COME BEN SPECIFICATO NEGLI AVVISI ESPOSTI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA, CHE IL PUNTO MEDICO SPORTIVO NON RISPONDE DEGLI OGGETTI LASCIATI INCUSTODITI.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_