

### 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<sup>o</sup> 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) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cardiopalmo/  
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 \_\_\_\_\_