

SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

AGGIORNAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI

questionario da compilare a cura dell'atleta maggiorenne o di uno dei genitori dell'atleta minorenni

Cognome _____ Nome _____

Sport praticato _____ Società _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Nel periodo trascorso fino ad oggi dall'ultima visita medico-sportiva eseguita presso questo Servizio, tra i familiari dell'atleta (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini) sono intervenute gravi malattie o decessi? SI NO

Se sì, indichi cosa è accaduto e a chi: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Dopo l'ultima visita medico-sportiva è mai stato ricoverato in ospedale (interventi chirurgici, malattie, traumi, altri problemi)? SI NO

Se sì, indichi il periodo e il motivo: _____

Nell'ultima stagione sportiva ha mai sospeso l'attività per malattie, infortuni, altri problemi? SI NO

Se sì, indichi il periodo e il motivo: _____

Soffre attualmente di particolari disturbi durante la pratica sportiva? SI NO

Se sì, li descriva: _____

Dall'ultima visita medico-sportiva ad oggi ha mai accusato:

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO SI NO

CUORE CHE BATTE IRREGOLARMENTE SI NO

SVENIMENTO - CAPOGIRI SI NO

Attualmente sta assumendo farmaci? SI NO

Se sì, indichi quali e per quale motivo: _____

Fa uso di occhiali o lenti a contatto? SI NO

Atleta di sesso femminile

Data della mestruazione più recente

Soffre di forti dolori mestruali? SI NO

Soffre di disturbi del ciclo? SI NO

Assume anticoncezionali? SI NO

PRO-MEMORIA PER L'ATLETA

Al momento della visita medica dovrà presentarsi munito di tessera sanitaria e documento di identità, eventuale documentazione sanitaria (esami del sangue, lettere di dimissioni ospedaliere, esiti di visite specialistiche, ecc.). Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente.

E', inoltre, buona norma arrivare alla visita in ottimali condizioni di pulizia personale.

Informato sulle modalità di esecuzione della visita medica e degli accertamenti previsti dalla normativa in vigore per il rilascio del certificato di idoneità sportiva agonistica, acconsento a sottoporre l'atleta alla visita medico sportiva.

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 25694 DEL 20/6/86

Il/La sottoscritto/a dichiara che l'atleta sopraindicato è non è stato/a sottoposto/a a precedenti visite medico sportive e che le notizie date nel presente questionario sono complete e veritiere. DICHIARA, inoltre, che l'atleta non ha accertamenti in sospeso relativi a tali visite presso altre strutture pubbliche o private.

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 196/2003 AUTORIZZA, in qualità di legale rappresentante, il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e la comunicazione dei dati stessi ai soggetti ivi indicati.

data _____

firma dell'atleta se maggiorenne o di un genitore per i minori _____