



**A.S.L. VC**

Azienda Sanitaria Locale  
di Vercelli

RESP. DOTT. BERTONE PAOLO

Ospedale Sant'Andrea - Corso M. Abbiate, 21 - Piano -1, percorso C - VERCELLI

Tel. +39 0161 593731 fax +39 0161 593073

Ospedale S.S. Pietro e Paolo - 1° piano - Borgosesia

Tel. 0163 426221 fax 0163 426249

email: tutelaspport@aslvc.piemonte.it

## Questionario Anamnestico

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande riempiendo o barrando le caselle delle varie domande e firmando alla fine delle domande. Si prega di scrivere in stampatello.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sesso Femmina  Maschio

Residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Qual è lo sport principale che pratica? \_\_\_\_\_ Quanti giorni alla settimana si allena? \_\_\_\_\_

Società sportiva di appartenenza \_\_\_\_\_

Ha mai fatto una visita dal Medico dello Sport?  SI  NO

Presso questo Centro?  SI  NO

Durante le precedenti visite di idoneità sportive le è mai stato richiesto qualche ~~es~~ **es**plementare, o ha effettuato ulteriori accertamenti cardiologici?

Se sì, quale?

Ecocuore  Holter Cardiaco  Test Ergometrico massimale/Cicloergometro  
 Holter Pressorio  Visita Aritmologica  Visita Cardiologia  Esami ematici

Altro \_\_\_\_\_

Se sì, per quale motivo? \_\_\_\_\_

Assume regolarmente caffè  SI  NO Se sì, quanti al giorno? \_\_\_\_\_

Fuma?  SI  NO Se se sì quante al giorno \_\_\_\_\_

Consuma alcool?  Abitualmente  Occasionalmente  Raramente  Mai

Ha mai fatto uso di droghe  SI  NO

SI  NO

Porta occhiali o lenti a contatto

Se **femmina**, età inizio mestruazioni \_\_\_\_\_ Il ciclo è  regolare  irregolare

In **Famiglia** (genitori, fratelli, sorelle o nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:

cardiopatia  ipertensione arteriosa  diabete  tiroide  ictus  asma bronchiale

altro \_\_\_\_\_

Qualcuno è deceduto per **morte cardiaca improvvisa**

SI  NO

Se sì, per quali cause:  infarto  ictus  altro \_\_\_\_\_

Ha sofferto o soffre delle seguenti **malattie**:

<input type="checkbox"/>	allergie	<input type="checkbox"/>	diabete	<input type="checkbox"/>	epilessia	<input type="checkbox"/>	mal. reumatiche
<input type="checkbox"/>	rinocongiuntivite	<input type="checkbox"/>	epatite virale	<input type="checkbox"/>	ansia	<input type="checkbox"/>	pubalgia
<input type="checkbox"/>	asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	anemia	<input type="checkbox"/>	depressione	<input type="checkbox"/>	scoliosi
<input type="checkbox"/>	bronchiti asmatiche	<input type="checkbox"/>	mononucleosi inf	<input type="checkbox"/>	cefalea/emicrania	<input type="checkbox"/>	ulcera gastro-duod
<input type="checkbox"/>	pneumotorace	<input type="checkbox"/>	scarlattina	<input type="checkbox"/>	convulsioni febbrili	<input type="checkbox"/>	emorroidi
<input type="checkbox"/>	polmonite	<input type="checkbox"/>	obesità	<input type="checkbox"/>	psoriasi	<input type="checkbox"/>	ragadi anali
<input type="checkbox"/>	broncopolmonite	<input type="checkbox"/>	sottopeso	<input type="checkbox"/>	ipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Morbo di Chron
<input type="checkbox"/>	fibrosi cistica	<input type="checkbox"/>	anomalie pubertà	<input type="checkbox"/>	ipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	colite ulcerosa
<input type="checkbox"/>	perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>	deficit staturale	<input type="checkbox"/>	cardiopatia	<input type="checkbox"/>	aritmie
<input type="checkbox"/>	palpitazioni	<input type="checkbox"/>	battiti irregolari	<input type="checkbox"/>	soffi cardiaci	<input type="checkbox"/>	calcolosi renale
<input type="checkbox"/>	nefropatia da IgA	<input type="checkbox"/>	svenimenti	<input type="checkbox"/>	pleurite	<input type="checkbox"/>	peritonite
<input type="checkbox"/>	Insufficienza Renale cronica	<input type="checkbox"/>	Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>	Reflusso Gastro-Esofageo	<input type="checkbox"/>	preccitazione ventricolare WPW

altre malattie \_\_\_\_\_

Ha subito **interventi chirurgici**:

<input type="checkbox"/>	tonsillectomia	<input type="checkbox"/>	adenoidectomia	<input type="checkbox"/>	appendicectomia	<input type="checkbox"/>	safenectomia
<input type="checkbox"/>	meniscectomia	<input type="checkbox"/>	colecistectomia	<input type="checkbox"/>	fibroma uterino	<input type="checkbox"/>	varicocele
<input type="checkbox"/>	testicolo ritenuto	<input type="checkbox"/>	torsione testicolo	<input type="checkbox"/>	idrocele	<input type="checkbox"/>	fimosi
<input type="checkbox"/>	mastectomia	<input type="checkbox"/>	protesi ginocchio	<input type="checkbox"/>	protesi anca	<input type="checkbox"/>	stent coronarici
<input type="checkbox"/>	fistola sacro-coccigea	<input type="checkbox"/>	ablazione cardiaca	<input type="checkbox"/>	chiusura DIA/DIV	<input type="checkbox"/>	tiroidectomia
<input type="checkbox"/>	Ernioplastica inguinale	<input type="checkbox"/>	Ricostruzione leg. Crociato anteriore	<input type="checkbox"/>	Raschiamento uterino	<input type="checkbox"/>	Resezione intestinale

osteosintesi per frattura di \_\_\_\_\_

altre operazioni \_\_\_\_\_

Assume abitualmente **Farmaci** per:

diabete  pressione alta  colesterolo/trigliceridi alti  antinfiammatori  
 antistaminici/antiallergici  antiasmatici  anticoncezionale  antiepilettici  
 per patologie della tiroide  ansia/depressione  antiemicranici

SI  NO

Ha mai avuto traumi cranici commotivi

Ha mai avuto fratture \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE** : Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Dichiaro inoltre di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti e di **NON** essere stato dichiarato **NON IDONEO** in precedenti visite medico sportive di legge.

**Mi impegno inoltre a NON fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti da tabacco e dall'uso di alcool.**

Esprimo inoltre ai sensi della legge sulla privacy numero 675/96, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per la finalità connessa alla mia richiesta di **IDONEITA'** alla pratica sportiva **AGONISTICA** o **NON AGONISTICA**, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ sono stato informato dal Dott. \_\_\_\_\_ sul tipo di trattamento o accertamento diagnostico suggerito come utile al mio caso, sulle possibili alternative, sui limiti e sugli effetti collaterali, ho ben compreso quanto mi è stato spiegato sui rischi connessi alla prestazione proposta e sulle potenzialità che potrebbero derivare non sottoponendomi ad essa.

Quindi **ACCONSENTO** ad essere sottoposto al **TEST di ELETTROCARDIOGRAMMA SOTTO SFORZO**

FIRMA \_\_\_\_\_

### Per atleti minorenni

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_ dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica o non agonistica e dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità

FIRMA \_\_\_\_\_

### EVENTUALE DELEGA

Visto l'impossibilità da parte dei genitori ad accompagnare il figlio alla visita

Io sottoscritto .....

nato a ..... il .....

Genitore del minore.....

delego la sig.ra/il sig. ....

Doc. Identità.....

ad accompagnare mio/a figlio/a e a rappresentarmi durante la visita di idoneità agonistica.

Firma del genitore che delega.....