



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.....