

QUESTIONARIO ANAMNESI

COMPILAZIONE QUESTIONARIO FRONTE E RETRO A CURA DELL' ATLETA O DEL GENITORE/TUTORE (SE MINORENNE)

A – DATI PERSONALI DELL'ATLETA

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____

B – DATI RIGUARDANTI LA VISITA

SPORT per cui richiede la visita _____ Società _____

Numero di ALLENAMENTI A SETTIMANA _____ ORE TOTALI DI ATTIVITÀ FISICA A SETTIMANA _____

È la prima visita di idoneità all'Attività Sportiva Agonistica/ Non Agonistica? SI NO

Se NO, l'ultima visita di idoneità nell'anno _____ Sport: _____

Esito: Idoneo Idoneo dopo accertamenti Non idoneo

C – NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Peso: _____ Kg; Altezza: _____ cm;

Sportivo professionista Lavoratore (indicare la professione): _____

Fumatore: da quanto tempo _____ Numero di sigarette al giorno: _____

Beve alcolici: NO SI In quantità moderata

Fa uso di sostanze stupefacenti: NO SI

Porta occhiali o lenti a contatto a riposo Porta occhiali o lenti a contatto durante l'attività sportiva

FEMMINA: 1^ mestruazione a _____ anni; Attualmente: Ciclo regolare Ciclo irregolare Menopausa

D – MALATTIE PRESENTI NEI FAMILIARI

(Segnare con una x nella tabella)

	GENITORI	FRATELLI/ SORELLE	NONNI
Morte cardiaca improvvisa in giovane età (meno di 40 anni)*			
Malattie di cuore (infarto, aritmie, cardiopatie congenite)			
Iperensione arteriosa			
Ictus			
Colesterolo elevato			
Diabete			
Tumori (quali _____)			
Asma			
ALTRE _____			

* Morte inattesa per cause cardiache preceduta o meno dall'insorgenza di sintomi entro 1 ora dalla morte.

E – MALATTIE SOFFERTE IN PASSATO O ATTUALMENTE PRESENTI NELL'ATLETA(quali diabete, malattie cardiocircolatorie, malattie respiratorie, malattie endocrine, malattie neurologiche e/o psichiatriche, ...)

_____ (indicare malattie presenti o avute in passato) in terapia con _____ (indicare il farmaco assunto) dal _____ (anno di inizio terapia)

_____ in terapia con _____ dal _____

F – ALTRE NOTIZIE

- Ha mai avuto:
mancanza di respiro No Si a riposo Si durante attività fisica
accelerazione del battito No Si a riposo Si durante attività fisica
dolore al petto No Si a riposo Si durante attività fisica
perdita di conoscenza-svenimento No Si a riposo Si durante attività fisica

Elencare eventuali altri sintomi/disturbi durante l'attività sportiva: _____

- Ha eseguito in passato i seguenti esami cardiaci:
ECODOPPLER CARDIACO(ecografia del cuore) No Si
HOLTER ECG delle 24 ore No Si
TAC CARDIACA o RMN CARDIACA (risonanza magnetica nucleare) No Si
CICLOERGOMETRO (test con "bicicletta") No Si

ALTRI esami cardiaci _____

- Elencare eventuali distorsioni, lussazioni, fratture (indicare anche l'anno): _____

- Elencare eventuali interventi chirurgici(indicare anche l'anno dell'intervento): _____

- Elencare eventuali ricoveri in ospedale per motivi diversi da quelli sopraelencati: _____

FIRMA _____

VISTO IL DOTT. _____

dell'atleta o del genitore/tutore (se minorenne)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ARTT. 23, 26, 76-82 del D. Lgs. 196/2003 e per gli effetti del GDPR UE 2016/679)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ___ / ___ / _____

residente a _____ in via _____ N° _____

telefono _____ indirizzo e-mail _____

per sé medesimo

OPPURE

esercitando la rappresentanza legale in qualità di genitore, tutore, amministratore di sostegno,..) di

Nome _____ Cognome _____ nato/a _____ il ___ / ___ / _____

residente a _____ in via/piazza _____ N° _____

DICHIARA

di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento a tutte le prestazioni da erogarsi da parte di O.T.I. Services SRL, di autorizzare il trattamento dei suoi dati personali nei limiti delle finalità indicate.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento del primo accesso presso la struttura di O.T.I. Services SRL e verrà ritenuto valido per tutti gli accessi successivi, anche se relativi a prestazioni diverse e/o erogate da professionisti diversi.

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____