



**RACCORDO ANAMNESTICO**

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 – 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

**C – 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)			
Ipertensione 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.

**D – 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in terapia con \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in terapia con \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in terapia con \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in terapia con \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**E – ALTRE NOTIZIE**

• Elencare eventuali 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_  
*dell'atleta o del genitore/tutore (se minorenni)*

**VISTO IL DOTT.** \_\_\_\_\_

**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 dell'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** \_\_\_\_\_