

QUESTIONARIO ANAMNESI

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

DATI PERSONALI DELL'ATLETA E ANAMNESI FISIOLOGICA

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ____/____/____

Peso: _____ Kg; Altezza: _____ cm;

Sport praticato/i _____

Ore di attività sportive settimanali _____

È mai risultato/a **non idoneo/a** alle visite sportive precedenti? SI NO

È un fumatore? SI (da che età? _____ Numero di sigarette al giorno: _____) NO

Beve alcolici? Ogni giorno (indica la quantità _____) Occasionalmente NO

Usa gli occhiali o lenti a contatto? SI NO

Usa gli occhiali o lenti a contatto durante lo sport? SI NO

Se Donna: età della 1^a mestruazione: _____; Adesso : Ciclo regolare Ciclo irregolare Menopausa

Vaccinazione antitetanica SI NO

Ha eseguito in precedenza i seguenti esami cardiaci? Se sì, indichi anche in che anno.

Ecografia cardiaca SI, anno _____ NO

Holter ECG delle 24 ore SI, anno _____ NO

RMN cardiaca (risonanza magnetica) SI, anno _____ NO

Scintigrafia miocardica SI, anno _____ NO

TC coronarica SI, anno _____ NO

Coronarografia SI, anno _____ NO

MALATTIE PRESENTI NEI FAMILIARI DI PRIMO GRADO (Segnare con una x nella tabella)

	Genitori	Fratelli/ sorelle	Nonni	Zii
Morte improvvisa cardiaca prima dei 40 anni di età				
Malattie cardiache (es. infarto, aritmie, cardiopatie genetiche o congenite)				
Portatore di Pacemaker o defibrillatore				
Pressione alta				
Ictus cerebrale				
Diabete				
Colesterolo elevato				
Altro _____				

MALATTIE ATTUALI E PASSATE (Indicare nella tabella le malattie presenti e passate dell'atleta, ad esempio malattie cardiache, diabete, pressione alta, colesterolo alto, malattie endocrine, neurologiche, ortopediche, psichiatriche, ect. Indicare eventuali farmaci/terapie assunti)

Malattia	Farmaco	Anno inizio terapia

Gira pagina >>

Le è stata riscontrata positività al Covid-19? SI, in data _____ NO
 Ha accusato sintomatologia riferibile al COVID-19
 successivamente al rilascio del certificato medico sportivo agonistico? SI NO
 Ha mai presentato i seguenti sintomi?
 Battito cardiaco irregolare SI a riposo SI durante l'attività sportiva NO
 Battito cardiaco accelerato a riposo SI NO
 Dolore al petto SI a riposo SI durante l'attività sportiva NO
 Perdita di conoscenza (sincope) SI a riposo SI durante l'attività sportiva NO
 Mancanza di respiro a riposo SI NO
 Mancanza di respiro durante sport sproporzionata rispetto all'attività svolta SI NO

Elencare eventuali distorsioni, lussazioni, fratture che hanno lasciato sintomi tuttora presenti (indicare l'anno)

Elencare eventuali interventi chirurgici e l'anno dell'intervento

Elencare i motivi di eventuali ricoveri in ospedale, se diversi da quelli sopraelencati, e l'anno di ricovero

Confermo la veridicità dei dati compilati nell'anamnesi e di non essere stato dichiarato non idoneo alla pratica sportiva agonistica nell'anno in corso o negli anni precedenti.

Dichiaro di aver letto il consenso informato per l'esecuzione del test sotto sforzo.

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 _____

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.

Venezia, il ____ / ____ / _____

FIRMA DELL'ATLETA (O DEL TUTORE SE MINORENNE) _____

FIRMA DEL MEDICO _____