

CHECK- LIST ANAMNESTICA

I dati sono dell'atleta. Se sprovvisto di documento inserire quello di un genitore

Cognome _____ Nome _____
_____ Nato/a a _____ il _____
_____ Residenza e/o Domic. _____
_____ Via _____ Doc. Identità n° _____
_____ Rilasciato a _____
_____ il _____ (genitore)

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Se la risposta è SI specificare il familiare e tipo di patologia

Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato, o sindrome della morte improvvisa infantile)?		NO	SI
	inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegato, pre-annegamento?	NO	SI
Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente con:	Qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?	NO	SI

MediSport Center

Centro Medico Sportivo Riabilitativo
Polispecialistico di Medisport Center
S.R.L.

Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente con:	Cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, anni se maschi, <65 anni se femmine?	NO	SI
	Diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche malattie del sangue?	NO	SI

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Se la risposta è SI specificare

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o qualsiasi perdita dei sensi (quasi svenimento-sincope)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto capogiri, vertigini?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche (battiti irregolari-extrasistoli)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI

MediSport Center

Centro Medico Sportivo Riabilitativo
Polispecialistico di Medisport Center S.R.L.

Un medico ti ha mai detto che hai un qualsiasi problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, una aritmia cardiaca, una infezione al cuore nell'ultimo mese (ad esempio miocardite, mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata, febbre reumatica?	NO	SI	
Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?	NO	SI	
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECOcardiografia?	NO	SI	
Hai qualche allergia (pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?	NO	SI	
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?	NO	SI	
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?	NO	SI	
Negli ultimi due anni hai mai preso farmaci in modo costante?	NO	SI	
Hai mai avuto queste malattie:	Morbillo	NO	SI
	Parotite	NO	SI
	Varicella	NO	SI
	Scarlattina	NO	SI
	Epatite virale	NO	SI
	Polmonite	NO	SI
	Pleurite	NO	SI
	Altro specifica _____ _____		

MediSport Center

Centro Medico Sportivo Riabilitativo
Polispecialistico di Medisport Center S.R.L.

Hai mai avuto Traumi e/o fratture (sportive e non)? Se SI specificare _____ _____	NO	SI
Hai mai avuto ricoveri in ospedale e/o interventi chirurgici? Se SI specificare _____ _____	NO	SI

STORIA SPORTIVA

Tipo di sport	Ruolo/ Specialità	Dall'età (anni)	All'età (anni)	Durata allenamento in minuti	N° allenamenti alla settimana	N° competizioni alla settimana

ALTRO

Professione			
Esposizione a rischi		Da anni	

Fumo					NO	SI
Sigarette al giorno		Da anni		Età inizio	Età fine	
Alcol					NO	SI
Quantità al giorno		Da anni		Età inizio	Età fine	
Stupefacenti					NO	SI
Modalità		Da anni		Età inizio	Età fine	

LA DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO in legge. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool.

In oltre dichiaro che i dati riportati nel seguente modulo sono corrispondenti alla realtà consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 in materia di documentazione amministrativa.

Firma del dichiarante o di chi ne fa le veci

Data _____

Consenso informato al trattamento dei dati personali

Gentile Sig./a

desideriamo informarla che il D.Lgs. n°196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali; ha la finalità di garantire che il trattamento dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della riservatezza e all'identità personale.

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196/2003 la Soc. G.&G. snc di Frizzoni B e C., con sede in Perugia, via G. Donizetti 91H, P.Iva 03187920545, è tenuta a informazioni circa le finalità e le modalità del trattamento dei dati personali.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela delle Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

I dati personali che lei fornisce per sottoporsi a prestazioni sanitarie specialistiche, sono necessari sia per fini amministrativi di legge, sia per l'organizzazione del servizio offerto.

Essi saranno trattati, nel rispetto di tutte le informatici e automatizzati e saranno gestiti da personale autorizzato.

I dati sanitari possono essere utilizzati, in forma strettamente anonima e nel rispetto della privacy, a fini di ricerca scientifica o di didattica.

DELEGA PER MINORI NON ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE (da compilare entrambe i genitori)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Doc. Identità n° _____

Rilasciato a _____ il _____

nella qualità di genitore (madre /padre) di _____

delego il signor/ra _____

Nato a _____ il _____

Doc. Identità n° _____

Rilasciato a _____ il _____

ad accompagnare mio figlio/a alla visita medico sportiva e a consegnare check-list anamnestica al medico sportivo.

(Indicare il recapito telefonico di un genitore in modo da poter essere contattato per porre ulteriori quesiti. T. _____)

Inoltre in qualità di genitori del suddetto minore dichiariamo:

- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati in ambito sanitario
- Di manifestare il consenso al trattamento dei propri dati personali
- Di dare atto che il consenso è valido per tutte le prestazioni sanitarie eseguite presso questa struttura

In fede

Madre/Padre _____

Padre/Madre _____