



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: tutelasport@aslvc.piemonte.it

Dott. Daniele BRIASCO
Spec. Medicina dello Sport – FSMI n. 19856

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 esame supplementare, 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**:

allergie	diabete	epilessia	mal. reumatiche
rinocongiuntivite	epatite virale	ansia	pubalgia
asma bronchiale	anemia	depressione	scoliosi
bronchiti asmatiche	mononucleosi inf	cefalea/emicrania	ulcera gastro-duod
pneumotorace	scarlattina	convulsioni febbrili	emorroidi
polmonite	obesità	psoriasi	ragadi anali
broncopolmonite	sottopeso	ipotiroidismo	Morbo di Chron
fibrosi cistica	anomalie pubertà	ipertiroidismo	colite ulcerosa
perdita di coscienza	deficit staturale	cardiopatia	aritmie
palpitazioni	battiti irregolari	soffi cardiaci	calcolosi renale
nefropatia da IgA	svenimenti	pleurite	peritonite
Insufficienza Renale cronica	Ipertensione arteriosa	Refluxo Gastro-Esophageo	preeccitazione ventricolare WPW

altre malattie _____

Ha subito **interventi chirurgici**:

tonsillectomia	adenoidectomia	appendicectomia	safenectomia
meniscectomia	colecistectomia	fibroma uterino	varicocele
testicolo ritenuto	torsione testicolo	idrocele	fimosi
mastectomia	protesi ginocchio	protesi anca	stent coronarici
fistola sacro-coccigea	ablazione cardiaca	chiusura DIA/DIV	tiroidectomia
Ernioplastica inguinale	Ricostruzione leg. Crociato anteriore	Raschiamento uterino	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 veritieri. Dichiara 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 potenziali conseguenze che potrebbero derivare non sottponendomi ad essa.

Quindi **ACCONSENTO** ad essere sottoposto al **TEST di ELETROCARDIOGRAMMA 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.....