



- VISITA AGONISTICA Sport .....
- VISITA NON AGONISTICA Società sportiva .....

### DATI DELL'ATLETA

Cognome..... Nome .....

Nato a ..... il ..... Sesso..... Età.....

Telefono ..... E-mail .....

### MODULO DI ANAMNESI

#### ANAMNESI FAMILIARE - Tra i tuoi nonni, genitori, fratelli qualcuno ha avuto (in caso affermativo specificare)

Malattie cardiache (infarto, cardiomiopatie, aritmie) / ictus  No  Sì .....

Morte improvvisa giovanile (<50 anni)  No  Sì .....

#### ANAMNESI PERSONALE DELL'ATLETA - Hai o hai avuto una di queste condizioni? (in caso affermativo specificare)

Diabete  No  Sì da quanto? .....

Iperensione arteriosa  No  Sì da quanto? .....

Malattie / aritmie cardiache  No  Sì .....

Colesterolo alto  No  Sì da quanto? .....

Disturbi della tiroide  No  Sì .....

Malattie neurologiche / epilessia  No  Sì .....

Traumi cranici  No  Sì .....

Asma / patologie respiratorie  No  Sì .....

Allergie  No  Sì .....

Uso abituale di farmaci  No  Sì .....

Fumo  No  Sì n. sigarette/giorno .....  Ex fumatore da quanto? .....

Interventi chirurgici  No  Sì .....

Infortunati rilevanti / fratture  No  Sì .....

Altro da segnalare .....

#### ANAMNESI SPORTIVA

Numero allenamenti settimanali ..... Durata singolo allenamento .....

Usi occhiali durante lo sport?  No  Sì

Hai mai accusato:

Svenimenti durante lo sforzo  No  Sì

Dolori al petto  No  Sì

Battiti cardiaci irregolari o improvvisamente molto accelerati  No  Sì

Mancanza di fiato esagerata  No  Sì

Hai mai eseguito visite di idoneità sportiva?  No  Sì

Ti sono mai stati richiesti accertamenti integrativi ai fini del rilascio dell'idoneità sportiva?  No  Sì  
(ecocordio, holter, test da sforzo, ecc) .....

### DICHIARAZIONI DELL'ATLETA

- Dichiaro che tutte le informazioni anamnestiche e personali fornite sono veritiere, complete e corrette, e sono a conoscenza che eventuali omissioni o dichiarazioni non veritiere possono compromettere il giudizio medico.
- Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e alla prova da sforzo (dove prevista).
- Vista l'informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e riconosciuto che il trattamento dei dati personali effettuato per dare esecuzione ad adempimenti di natura amministrativa e fiscale strettamente connessi con la prestazione sanitaria richiesta non necessitano del mio consenso (ai sensi dell'art.6 b-c GDPR), dichiaro invece quanto segue:

- rilascio**  **non rilascio** il consenso al trattamento dei dati per l'invio tramite e-mail di copia del referto o della fattura
- rilascio**  **non rilascio** il consenso di invio e-mail/sms di promemoria (es. promemoria appuntamento, scadenza certificato)

Data ..... Firma .....

(del genitore o di chi ne fa le veci in caso di atleta minore)



**ESAME OBIETTIVO**

**(da compilarsi a cura del Medico dello Sport)**

**Trofismo** ..... **Peso** .....Kg **Statura** ..... cm

**Apparato locomotore** .....

**Torace ed apparato respiratorio** .....

**Apparato cardiocircolatorio** .....

**Pressione arteriosa a riposo** ...../..... mmHg

**Acuità visiva**  **naturale** ODx ...../10 OSx ...../10  **corretta** ODx ...../10 OSx ...../10

**Ecg basale** .....

**Ecg dopo sforzo** .....

**Test da sforzo** .....

**Conclusioni** .....

Firma del medico visitante .....