

**VISITA ED ACCERTAMENTI PER IDONEITA' AGONISTICA ALLO SPORT PER MINORENNE:
AUTODICHIARAZIONE DATI SANITARI.**

Si richiede la lettura, la compilazione e la firma in ogni parte in cui è richiesta.

N.B. Si ricorda di essere presenti in ambulatorio 10 minuti prima dell'orario della visita

ISTRUZIONI PER LA CORRETTA COMPILAZIONE: per ogni voce bisogna barrare con una **X** il **NO** oppure il **SI**, si prega di non lasciare in bianco nessuna voce, a meno di dubbi che possono essere chiariti dal medico al momento della visita.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____

GENITORE/esercente la responsabilità genitoriale
DELL'ATLETA _____

nato a _____ PR. _____ il ____/____/____,

Codice Fiscale (dell'atleta): _____; C. d'identità (dell'atleta): _____

tel/cell. (del genitore/es. responsabilità genitoriale) _____; e-mail _____

DICHIARA QUANTO SEGUE

in accordo con l'altro genitore (dal sottoscritto consultato)

| | | |
|---|--|--|
| Quella odierna è la prima visita di idoneità agonistica? NO SI | Ha fatto la visita di idoneità agonistica presso altri centri ? NO SI | E' mai risultato non idoneo ? NO SI Motivo:..... |
|---|--|--|

1) Anamnesi familiare (informazioni sanitarie sulla famiglia: genitori, zii, nonni, fratelli, sorelle dell'atleta che sono stati o sono affetti dalle malattie di seguito riportate):

Nel caso, indicare se l'atleta è stato adottato/in affido , all'età di _____ anni

I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? NO SI

| | | | |
|---|--|---|---|
| Malattie di cuore: NO SI Chi? | Pressione alta: NO SI Chi? | Ictus: NO SI Chi? | Morti improvvise NO SI Chi, a che età |
| Aritmie: NO SI Chi? | Colesterolo alto: NO SI Chi? | Problemi renali: NO SI Chi? | Altro: NO SI |
| Infarto: NO SI Chi? | Diabete: NO SI Chi? | Problemi tiroidei: NO SI Chi? | |

2) Anamnesi fisiologica (dati fisiologici dell'atleta):

IN CASO DI VISITA SUCCESSIVA, I DATI SONO VARIATI RISPETTO ALLA VISITA PRECEDENTE? NO SI

| | | |
|---|--|--|
| Nato da parto: Naturale? NO SI Gemellare? NO SI Cesareo? NO SI Prematuro? NO SI | Età primo ciclo mestruale:... anni | Cicli di ritorno regolari NO SI |
| | | Irregolari NO SI |
| | | per periodicità NO SI |
| | | per durata NO SI |
| Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? NO SI | | per quantità NO SI |

| | | |
|--|---|--|
| Dieta varia NO SI priva di latticini NO SI priva di glutine NO SI Altro..... | Digestione: regolare NO SI lenta NO SI Bruciori gastrici NO SI Altro..... | Alvo: regolare NO SI tendenzialmente stitico NO SI stitico NO SI diarroico NO SI Altro..... |
| Diuresi fisiologica NO SI Minzione notturna >1 NO SI Altro..... | Sonno: fisiologico NO SI Difficoltà nell'addormentamento NO SI Risvegli notturni NO SI Altro..... | |

3) Informazioni sulle abitudini dell'atleta:

| | | |
|--|--|--|
| Fumo NO SI num. sig./die..... Alcol NO SI <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso | Usa integratori NO SI <input type="checkbox"/> vitaminici <input type="checkbox"/> salini <input type="checkbox"/> proteici <input type="checkbox"/> Altro..... | Assume farmaci: NO SI, specificare:..... |
| Ore attività sportiva organizzata a settimana <input type="checkbox"/> 0-4 <input type="checkbox"/> 6-8 <input type="checkbox"/> 8-12 <input type="checkbox"/> più di 12 | Ore attività fisica libera a settimana <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 3-6 <input type="checkbox"/> più di 6 | Da quanti anni pratica attività sportiva organizzata? |

4)Anamnesi patologica (raccolta dati patologici riguardanti l'atleta):

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Ha eseguito le vaccinazioni obbligatorie? NO SI</p> <p>Eventualmente ha avuto:</p> <p>Varicella NO SI</p> <p>Parotite NO SI</p> <p>Mononucleosi NO SI</p> <p>a che età?</p> <p>Altro:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Malattie di cuore: NO SI</p> <p>Soffio NO SI</p> <p>Valvole NO SI</p> <p>Aritmie NO SI</p> <p>Miocardite NO SI</p> <p>Pericardite NO SI</p> <p>Altro:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Malattie apparato respiratorio: NO SI</p> <p>Tonsilliti: NO SI</p> <p>Sinusiti: NO SI</p> <p>Bronchiti:NO SI</p> <p>Polmoniti:NO SI</p> <p>Asma da sforzo: NO SI</p> <p>Asma allergico:NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> | <p>Manifestazioni anomale durante attività sportiva: NO SI</p> <p>Svenimenti NO SI</p> <p>Dispnea: NO SI</p> <p>Dolore al petto: NO SI</p> <p>Palpitazioni:NO SI</p> <p>Vertigini: NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> |
|--|---|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Malattie intestino:NO SI</p> <p>Salmonellosi NO SI</p> <p>M. Celiaco NO SI</p> <p>Gastrite NO SI</p> <p>Epatiti, quali:</p> <p>A NO SI</p> <p>B NO SI</p> <p>C NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Malattie renali: NO SI</p> <p>Sangue nelle urine NO SI</p> <p>Proteine nelle urine NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Allergie: NO SI</p> <p>Allergia cutanea NO SI</p> <p>Allergia respiratoria NO SI</p> <p>shock allergico NO SI</p> <p>Altro:</p> <hr/> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Apparato locomotore:</p> <p>Scoliosi NO SI</p> <p>Dorso Curvo NO SI</p> <p>Scapole alate NO SI</p> <p>Piede piatto NO SI</p> <p>Piede cavo NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Apparato neurologico:</p> <p>Mal di testa NO SI</p> <p>Convulsioni NO SI</p> <p>Epilessia NO SI</p> <p>Trauma cranico NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>Malattie tiroide NO SI</p> <p>Diabete NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Febbre reumatica NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Anemia NO SI</p> | <p>Disturbi visivi NO SI</p> <p>Miopia NO SI</p> <p>Astigmatismo NO SI</p> <p>Ipermetropia NO SI</p> <p>Visus corretto</p> <p>OD...../10</p> <p>OS...../10</p> <p>Difficoltà visione</p> <p>colori NO SI</p> | <p>Disturbi orecchio NO SI</p> <p>Otiti NO SI</p> <p>Riduzione udito NO SI</p> <p>Sordità NO SI</p> <p>Altro.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

