

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
S.C. IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE – AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT  
QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

Cognome dell'atleta.....Nome dell'atleta.....

Nato a.....il.....

Residente a .....via.....

**Anamnesi Familiare (malattie di genitori, fratelli, nonni: indicare eventuale malattia e familiare)**

malattie di cuore	si	no	
ipertensione	si	no	
diabete	si	no	
asma e malattie allergiche	si	no	
morte cardiaca improvvisa in giovane età	si	no	

**Anamnesi Fisiologica e Patologica (indicare eventuali malattie di cui l'atleta ha sofferto o soffre tutt'ora)**

Diabete	Sì	No	Se sì tipo 1 o tipo 2:
Problemi alla tiroide	Sì	No	Se sì terapia assunta:
Epilessia	Sì	No	
Altre malattie neurologiche	Sì	No	Se sì quali:
Allergie	Sì	No	Se sì quali:
Asma	Sì	No	
Altre patologie respiratorie	Sì	No	Se sì quali:
Iperensione Arteriosa	Sì	No	Se sì terapia assunta:
Anemia	Sì	No	(per es: carenza ferro, mediterranea...)
Malattie di cuore	Sì	No	Se sì quali e terapia:
Fratture / Infortuni gravi	Sì	No	Dove e quando:
Traumi cranici	Sì	No	Se sì perdita conoscenza e/o ricovero
Interventi chirurgici	Sì	No	Se sì quali:
Svenimenti o malesseri insorti durante attività sportiva	Sì	No	Se sì con che frequenza; sapresti descriverli:

Altre malattie o disfunzioni d'organo non elencate	Si	No	Se sì quali:		
Fumo	Sì: sigarette/giorno.....		No		
Alcoolici	Sì: bicchieri/settimana.....		No		
Età primo ciclo:	Data ultimo		Regolari	Si	No

Lavoro praticato?.....

Farmaci regolarmente assunti:.....

**Sport praticato per il quale è richiesta la visita:**.....

Prima visita                       Rinnovo  ultima visita eseguita nel (indicare anno).....

Giudicato **SOSPESO** o **NON IDONEO**?              sì  no

se sì quando?.....

perché?.....

Eseguito altri esami richiesti da altri medici (per esempio: ecocardiocolordoppler, test ergometrici massimali, Holter ECG, monitoraggio della pressione arteriosa delle 24 ore? E se sì per quale motivo?)..

**Sotto la propria responsabilità si dichiara :**

- Che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico-sportive di legge o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico.
- Di accettare di sottoporsi al test da sforzo ex D.M. 18.02.82, pur essendo a conoscenza che questa prova comporta una possibilità, anche remota, di insorgenza di complicanze.
- Di prendere atto che il tutto sarà effettuato da personale esperto, in modo accurato e sarà interrotto alla comparsa di qualsiasi disturbo accusato o anomalia elettrocardiografica riscontrata dal medico che esegue l'esame.
- Di esprimere inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive e dalle procedure in uso all'Azienda Sanitaria Locale di Asti.
- Di impegnarmi a non fare uso di droghe riconosciute illegali, sostanze dopanti e a non fare uso improprio di farmaci e medicinali; di essere a conoscenza dei danni derivanti dall'uso di tabacco, alcool e sostanze dopanti. La dichiarazione va sottoscritta da parte dell'interessato o, se minore, da almeno un genitore/tutore.

Data: \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma del tutore e sua qualifica (in caso di atleta minore) \_\_\_\_\_

Visto, il medico \_\_\_\_\_