



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 – 2° piano – Borgosesia

Tel. 0163 426221 fax 0163 426249

email: tutelaspport@aslvc.piemonte.it

Dott. Cappuccio Francesco - Spec. Medicina dello Sport - Socio FMSI N° 13254

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

Res. a _____ Via _____ N° _____

Tel _____ Email _____

Qual è lo sport principale che pratica? _____ Quanti giorni alla settimana si allena? _____

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 ECG - 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

Porta occhiali o lenti a contatto SI NO

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		Reflusso Gastro- Esofago		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

Ha mai avuto **traumi cranici commotivi** SI NO

Ha mai avuto **fratture** _____

DICHIARAZIONE: Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. 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 sottoponendomi ad essa.

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