



dal 1997

Ambulatorio di Fisiokinesiterapia  
Medicina Sportiva di 1° livello  
Direttore Sanitario Dott.ssa Cristina Cantoresi

### SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICA SPORTIVA: ANAMNESI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ DOC. IDENTITA'  C.I.  P.d.G.  PASS. N. \_\_\_\_\_

SCADENZA DOCUMENTO \_\_\_\_\_ SPORT AGONISTICO  SI  NO

GRUPPO SPORTIVO \_\_\_\_\_ SPORT \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

HA GIA' FATTO VISITE DI IDONEITA'?  NO  SI DOVE L'ULTIMA VOLTA? \_\_\_\_\_ IN CHE ANNO \_\_\_\_\_

E' MAI STATA NEGATA IDONEITA'?  NO  SI PERCHE' \_\_\_\_\_

HA MAI AVUTO ANCHE IN FAMIGLIA:

MALATTIE DI CUORE	NO	SI	CHI?	ALLERGIE	NO	SI	CHI?
PRESSIONE ALTA	NO	SI	CHI?	ASMA	NO	SI	CHI?
MALATTIE DI RENI	NO	SI	CHI?	DIABETE	NO	SI	CHI?
MALATTIE DI FEGATO	NO	SI	CHI?	COLESTEROLO	NO	SI	CHI?

CI SONO STATI CASI DI MORTE IMPROVVISA IN GIOVANE ETA' IN FAMIGLIA?  NO  SI CHI? \_\_\_\_\_

FUMO  NO  SI QUANTITA' \_\_\_\_\_ ALCOL  NO  SI (VINO \_\_\_\_\_ BIRRA \_\_\_\_\_ SUPER ALCOLICI \_\_\_\_\_)

LAVORO \_\_\_\_\_ MENARCA ANNI \_\_\_\_\_ (ULTIMO CICLO \_\_\_\_\_) PESO \_\_\_\_\_ ALTEZZA \_\_\_\_\_

ASSUME FARMACI?  NO  SI QUALI? \_\_\_\_\_

PORTA OCCHIALI O LENTI A CONTATTO?  NO  SI PER \_\_\_\_\_ GRADAZIONE O. DX \_\_\_\_\_ O. SX \_\_\_\_\_

VACCINAZIONE ANTITETANICA  NO  SI (ULTIMO RICHIAMO) \_\_\_\_\_



dal 1997

Ambulatorio di Fisiokinesiterapia  
Medicina Sportiva di 1° livello  
Direttore Sanitario Dott.ssa Cristina Cantoresi

HA MAI AVUTO:

OTITI	NO	SI	ASMA	NO	SI	DIABETE	NO	SI	SOFFIO AL CUORE	NO	SI
TONSILLITI	NO	SI	ALLERGIE	NO	SI	COLESTEROLO	NO	SI	SVENIMENTI	NO	SI
POLMONITI	NO	SI	ANEMIA	NO	SI	MALATTIE DI RENI	NO	SI	PALPITAZIONI	NO	SI
PLEURITI	NO	SI	EPILESSIA	NO	SI	MALATTIE DI CUORE	NO	SI	PRESSIONE ALTA	NO	SI

ALTRE MALATTIE \_\_\_\_\_

INTERVENTI CHIRURGICI (TIPO E ANNO) \_\_\_\_\_

OSSERVAZIONI \_\_\_\_\_

PER I MINORI, INFORMAZIONI FORNITE DA \_\_\_\_\_

-----  
IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI AVER CORRETTAMENTE INFORMATO IL MEDICO DELLE MIE CONDIZIONI PSICO-FISICHE, CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE A VERITA' E DI NON AVER OMESSO NULLA CIRCA MALATTIE O MENOMAZIONI PREGRESSE O IN ATTO; DICHIARO INOLTRE DI NON AVER RICEVUTO IN ALTRA SEDE GIUDIZIO DI NON IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA. MI IMPEGNO A NON FAR USO DI SOSTANZE RICONOSCIUTE ILLEGALI E DO ATTO DI ESSERE STATO INFORMATO DEI PERICOLI DERIVANTI DAL FUMO DI TABACCO E DALL'ABUSO DI ALCOOL NONCHE' SUI RISCHI INSITI NELL'ESECUZIONE DELLO STEP-TEST. CON LA PRESENTE DO IL CONSENSO ALL'EFFETTUAZIONE DELLA VISITA MEDICA, COMPRESO LO STEP-TEST, ED ALLA CONSEGNA DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' O DI NON IDONEITA' ALLA SOCIETA' SPORTIVA.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ATLETA (SOLO SE MAGGIORENNE)

FIRMA DEL GENITORE (SOLO SE MINORENNE)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui al punto 2 dell'informativa.

FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_