

COGNOME E NOME DELL'ATLETA:
NATO IL/...../..... A(prov.)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ATLETI MINORENNI (DA COMPILARSI A CURA DEL GENITORE O DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ)

ANAMNESI FAMILIARE: Padre: vivente deceduto per
Madre: vivente deceduta per
Patologie note in famiglia (genitori, nonni, fratelli, sorelle, zii)
.....

COVID-19 (FAMILIARI CONVIVENTI e/o CONTATTI DIRETTI) SI data NO
COVID-19 EVENTUALI TEST effettuati e RISULTATI POSITIVI SI data NO

N.B.: AD ESEMPIO sono di interesse medico-sportivo le malattie cardiocircolatorie (tipo infarto miocardico, cardiopatia ischemica, angina, morte improvvisa giovanile, vizi valvolari cardiaci, aritmie cardiache, ipertensione arteriosa ecc.), le malattie respiratorie, allergiche, tumorali, ereditarie (anemia mediterranea, fibrosi cistica ecc), le malattie metaboliche (Diabete Mellito, ecc.), le malattie neurologiche (ictus cerebri, epilessia ecc.), ipercolesterolemia e ipertrigliceridemia.

ANAMNESI FISIOLÓGICA:

Nascita a termine prematuro
Sviluppo regolare alterato da (specificare la o le cause):
Alimentazione regolare irregolare
Digestione regolare irregolare
Diuresi regolare irregolare
Vino/birra mai uso saltuario uso quotidiano (n° bicchieri):
Superalcolici mai uso saltuario uso quotidiano (n° bicchieri):
Caffè mai uso saltuario uso quotidiano (n° tazze):
FUMO mai pregresso attuale: quantità (sigarette/die)
Tossicodipendenza mai attuale pregressa

ALLERGIE (a farmaci, pollini, polveri, peli di animali, punture di insetto ecc.): no si (specificare)

ANAMNESI PATOLOGICA:

Malattie sofferte (AD ESEMPIO Malattie infantili – varicella, parotite, morbillo, rosolia ecc., polmoniti, broncopolmoniti, asma e/o rinite allergica, malattie cardiache, malattie neurologiche, malattie dell'apparato digerente, malattie dell'apparato urinario, malattie muscolari e/o scheletriche, malattie congenite, ecc.): nessuna si (specificare)

(specificare la data di insorgenza)

COVID-19 con / senza sintomi - SPECIFICARE! SI data NO

Svenimenti improvvisi: nessuno si (cause):

Interventi chirurgici (AD ESEMPIO tonsillectomia, adenoidectomia, appendicectomia, ernie inguinali, ernie discali, pneumotorace, interventi al cuore, alle ginocchia e ai piedi, ecc.): nessuno si (specificare)

(specificare la data dell'intervento)

Infortunati (AD ESEMPIO traumi cranici, fratture ossee composte o scomposte, colpo di frusta cervicale, distorsioni, ferite profonde o estese, ustioni ecc.): nessuno si (specificare)

(specificare la data dell'infornuto)

DICHIARO, con il presente questionario, di avere fornito tutte le informazioni inerenti lo stato di salute dell'atleta

Bovisio Masciago (MB):/...../.....(data)

Il padre La madre chi esercita la Patria Potestà
(firma per esteso e leggibile)

(Il presente questionario viene raccolto a fini di completezza della visita medico-sportiva per la concessione dell'idoneità alla pratica di sport a livello non-agonistico ed agonistico, nel rispetto della riservatezza della raccolta di dati clinici sensibili e di tutela della privacy. Sarà allegato e custodito insieme alla cartella clinica dell'atleta minorenni).