

**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 per quantità NO SI
Esegue annualmente bilancio della salute dal medico curante? 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.....	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:.....
Alcol NO SI <input type="checkbox"/> occasionale <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> spesso		
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):

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

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

Ricoveri per interventi chirurgici NO SI	Adenoidi	NO	SI	Altri interventi NO SI, specificare:.....
	Tonsille	NO	SI	
	Appendicite	NO	SI	
	Ernia inguinale	NO	SI	
Ha avuto traumi? NO SI	Distorsioni	NO	SI,	specificare:..... Fratture NO SI, specificare:..... Lesioni muscolari NO SI, specificare:..... Lesioni articolari NO SI, specificare:.....
Alle precedenti visite mediche le hanno mai prescritto uno o più dei seguenti esami?				
Ecocardiocolordoppler		NO	SI,	specificare:.....
Holter cardiaco delle 24 ore		NO	SI,	specificare:.....
Holter pressorio delle 24 ore		NO	SI,	specificare:.....
Test ergometrico massimale		NO	SI,	specificare:.....
RMN cardiaca		NO	SI,	specificare:.....
Altro			

DICHIARA INOLTRE:

di aver riferito al medico tutte le informazioni relative alle condizioni psico-fisiche attuali e pregresse del minore e che lo stesso non è mai stato dichiarato NON idoneo in precedenti visite per l'accertamento dell'idoneità agonistica allo sport;

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale dell'atleta, e ,informato dei rischi derivanti dal fumo di tabacco, dall'abuso di alcol e dall'uso/pratiche di sostanze/pratiche dopanti, di adoperarsi per quanto possibile a non fargli/le fare uso di tabacco, bevande alcoliche, sostanze/pratiche dopanti.

Data _____

Firma del genitore o
 esercente responsabilità genitoriale
