



Dr. Gianfranco Stupar
Specialista in Medicina dello Sport e in Medicina Interna
 Socio Ordinario F.M.S.I. (tessera n°14403) – C.I.A.R.M.S. FVG: 37019

Dr.ssa Elena Vecile
Specialista in Medicina dello Sport C.I.A.R.M.S. FVG: 30593
 Studi Medici: - WellnessMed Via Torrebianca, 28 Trieste
 - Contrada Collalto, 15/A 33057 Palmanova (UD) c/o Poliambulatorio San Marco
 tel. 339 1139977

SCHEDA ANAMNESTICA

Cognome: Nome: Nato/a il: .../.../.....

Tel: Attività di studio/lavoro:

A. ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita? Società:

Da quanti anni pratica questo sport? Quante ore dedica allo sport alla settimana?

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica?

Sport praticati in passato:

Prima visita Rinnovo E' stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? Si No

B. ANAMNESI FAMILIARE

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Celiachia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Ictus	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Reumatologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Diabete Mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie Polmonari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Sovrappeso/Obesità	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

C. ANAMNESI FISIOLGICA

È nato a termine SI NO da parto naturale SI NO Allattamento al seno SI NO

Consuma frutta e verdura raramente 2-3/sett. 4-5/sett. ogni giorno

Vaccinazione antitetanica NO NON SO SI ultimo richiamo:

Fuma NO EX SI Se **si**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo

Beve alcolici MAI saltuariamente SI quanto?

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO SI quanto?

Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari NO SI

Se **si**, quali

Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO Normali Alterati:

Età prima mestruazione anni	Data ultima mestruazione	Menopausa: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> all'età di ____
Anomalie del ciclo mestruale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Gravidanze NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	quante

D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha attualmente qualche problema di salute? SI NO

Ha sempre goduto di buona salute? SI NO

ATTENZIONE COMPILARE ANCHE IL RETRO DEL MODULO

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie gastro-intestinali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/vie biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie muscolo-scheletriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie reumatologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Dolore toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Vertigini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie oculari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Alterazioni alvo/diuresi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Disturbi del sonno	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

.....
.....
.....
Ha subito: ricoveri ospedalieri NO SI interventi chirurgici NO SI

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età

.....
.....
.....
Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età

.....
.....
.....
Usa occhiali/lenti a contatto NO SI motivo:

Usa plantari/talloniere/solette propriocettive NO SI motivo:

Firma del dichiarante
(genitore esercente la patria potestà/tutore legale per atleti minorenni)

Trieste li ____/____/____

.....
DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti da me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI Decreto Legislativo 196/2003, CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e alla prova da sforzo (test dello scalino per tre minuti - Step Test).

Ai sensi del DL 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali"), avente per oggetto i dati sensibili, acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti (Società di appartenenza, Azienda per i Servizi Sanitari, Assessorato regionale competente, Federazione Sportiva di appartenenza).

Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

Firma del dichiarante
(genitore esercente la patria potestà/tutore legale per atleti minorenni)

Trieste li ____/____/____