

**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ATLETA

Gent.mo/a

ci è indispensabile per la visita medico sportiva agonistica la compilazione del seguente questionario in ogni sua parte (anche in caso di negatività o assenza di malattia). Particolare attenzione va posta alla familiarità per malattie cardiache e metaboliche (diabete) e a tutto ciò che riguarda l'atleta.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____ recapito telefonico _____

padre/madre dell'atleta _____ e-mail _____

dichiara che quanto esposto nel seguente modulo corrisponde alla realtà e che l'atleta non è mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive agonistiche.

IN FAMIGLIA (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, cugini ...) qualcuno ha sofferto di:

Malattie cardiache e/o circolatorie (infarto, ipertensione, aritmie, cardiomiopatie valvolari ...)

	NO	SI	chi? quali? _____		
<u>Diabete mellito</u>	NO	SI	chi? _____	fa insulina?	NO SI
<u>Malattie respiratorie</u>	NO	SI	quali? _____		
<u>Malattie neurologiche</u>	NO	SI	quali? _____		
<u>Morti improvvise</u>	NO	SI	chi? _____ perché _____	a che età _____	
<u>Altre malattie</u>	quali? _____				

L'ATLETA soffre o ha sofferto di:

<u>Malattie comuni dell'infanzia</u> (morbillo, rosolia, varicella, pertosse, parotite)	NO	SI	quali? _____		
<u>Diabete mellito</u>	NO	SI	fa insulina?	NO	SI
<u>Malattie cardiache</u>	NO	SI	quali? _____		
<u>Malattie respiratorie</u>	NO	SI	quali? _____		
<u>Malattie neuropsichiatriche</u>	NO	SI	quali? _____		
<u>Epilessia</u>	NO	SI			
<u>Altre malattie</u>	quali? _____				
<u>Interventi chirurgici</u> (tonsille, adenoidi, appendicite, ernia inguinale, altro)	NO	SI	quali? _____		
<u>Infortuni</u> (fratture, distorsioni, lussazioni, traumi cranici, altro)	NO	SI	quali? _____		
<u>È mai stato ricoverato?</u>	NO	SI	perché? _____		
<u>Assume farmaci?</u>	NO	SI	quali? _____		

Eventuali altre segnalazioni _____

Data _____ Firma (se minorenne del genitore) _____

Esprimo il consenso all'utilizzo dei dati a fini statistici e scientifici ed all'effettuazione di tutti gli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità sportiva agonistica.

Data _____ Firma (se minorenne del genitore) _____

PRESENTARSI IL GIORNO _____ ALLE ORE _____ presso A.S.L. "NO" Palazzina H, Viale Roma 7

SI CONSIGLIA ABBIGLIAMENTO COMODO, NON SERVE IL DIGIUNO.

RICORDARSI DI PORTARE: CAMPIONE DI URINE DEL MATTINO, ETICHETTATE CON NOME E COGNOME, TESSERA SANITARIA.

N.B. NON È POSSIBILE RACCOGLIERE LE URINE IN STRUTTURA, PORTARLE GIÀ DA CASA.

In caso di impossibilità ad effettuare la visita medico sportiva, si raccomanda di disdire la stessa con tempestività e sollecitudine **preferibilmente** alla e-mail medsportiva.nov@asl.novara.it o per telefono allo 0321 – 374340

SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE



REGIONE
PIEMONTE

www.regione.piemonte.it