

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO (AGONISTICA)  
DR. SANTORO EMANUELE**

**DATI DELL'ATLETA**(Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'Atleta se maggiorenne, dal genitore con i dati dell'Atleta se minorenni. La casella di scelta SI o NO dovrà essere sempre barrata).

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Sesso: **M** **F**  
 Nato a: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_ Residenza a: \_\_\_\_\_  
 Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Numero Carta d'identità : \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**GENITORE (o TUTORE delegato) in caso di Atleta minorenne**

Nome e Cognome	Luogo e Data di nascita
Recapiti Telefono	e-Mail

**ANAMNESI FAMILIARE (notizie riguardanti Nonni, Genitori, Fratelli, Sorelle)**

Morte Improvvisa Giovanile (Prima dei 50 anni) Se sì, CHI.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Hai un membro della famiglia che ha problemi cardiaci invalidanti (pacemaker, defibrillatore, trapianto cardiaco)? CHI.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Hai un membro della famiglia che soffre di sindrome di Brugada, Cardiomiopatia ipertrofica, Cardiopatia aritmogena del ventricolo dx? CHI.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Eventi ischemici (Infarto, Ictus Cerebri, TIA) Se sì, CHI..... .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Altre problematiche cardiologiche (es. Fibrillazione atriale, Aritmie, Valvulopatie) Se sì, CHI ..... .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Altro (es. Tumori, Tireopatie, Pneumopatie, Mal. Genetiche, Diabete Mellito) se sì, CHI ..... .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**ANAMNESI PERSONALE (notizie riguardanti l'Atleta)**

Sport per i quali si richiede la visita:..... ☐ AGONISTICO ☐ CONCORSO PUBBLICO

**Precedenti visite medico-sportive**

Anno	Sede	Esito
	<input type="checkbox"/> Stessa sede <input type="checkbox"/> Altra sede <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Idoneo/a <input type="checkbox"/> Sospeso/a <input type="checkbox"/> Non idoneo/a

**Anamnesi Cardiologica e fattori di rischio CV Anamnesi Patologica Remota e altre informazioni**

Hai mai avuto perdita dei sensi? Se sì, in che occasione? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore (ECG, Holter, Ecocardiogramma, Risonanza magnetica)? Se sì, cosa? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Hai mai avuto dolore toracico, pressione o costrizione toracica? Se sì, in che occasione?.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Hai qualche allergia? Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio fisico?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

Hai mai avuto vertigini o capogiri? Se sì, in che occasione? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Attualmente stai assumendo farmaci su prescrizione medica? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Hai mai avuto fiato corto (affanno), o fatica eccessiva, tosse? Se sì, in che occasione? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Hai mai avuto un ricovero o un intervento chirurgico? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Hai mai avuto un battito cardiaco accelerato, o che salti qualche battito? Se sì, in che occasione?.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Hai avuto infezione da Sars-COV2 (COVID19) complicata, per cui è stato necessario il ricovero ospedaliero? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Hai mai avuto perdita dei sensi? Se sì, in che occasione?.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Correzione visiva (occhiali e/o lenti a contatto) .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Un medico ti ha mai detto che hai qualsiasi problema cardiaco (pressione arteriosa alta, soffio al cuore, aritmia cardiaca, infezione al cuore)? Se sì .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	(solo sesso femminile) Ciclo mestruale regolare? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Un medico ti ha mai detto che hai asma, epilessia, diabete? Se sì, .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Altro da segnalare? .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>

Fumo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EX      N°/die	Alcool <input type="checkbox"/> Abituale <input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> NO
--	---

**DICHIARAZIONI E CONSENSI**

Le caselle vanno **SEMPRE** barrate dall'Atleta, se maggiorenne, o dal genitore/tutore delegato per l'Atleta minorenni.

☐ **Dichiaro di aver informato correttamente il medico** delle condizioni psicofisiche, che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto.

☐ **Dichiaro di non aver ricevuto** in altra sede giudizio di **"NON IDONEITA"** alla pratica sportiva e di **NON AVERE** cartelle cliniche aperte presso altri Centri. 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. (Circ. Reg. Veneto n°23694 del 20/06/1986).

PRIVACY	
<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b> <input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>	ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

COMUNICAZIONE ALLA SOCIETA'
<input type="checkbox"/> <b>Società che richiede la visita medica:</b> <input type="checkbox"/> <b>Richiesta a titolo individuale</b>
Art. 6 D. M. 18.2.1982: Qualora a seguito degli accertamenti sanitari risulti la NON idoneità alla pratica agonistica di un determinato sport, l'esito negativo con l'indicazione della diagnosi posta a base del giudizio viene comunicato, entro 5 giorni, all'interessato ed al competente ufficio regionale. Alla società sportiva di appartenenza viene comunicato il solo esito negativo.

**TEST DA SFORZO**

- ☐ **ACCONSENTO**  
☐ **NON ACCONSENTO**

alla sottoposizione al test da sforzo (STEP TEST, cicloergometro, tapis roulant o armoergometro) ed alle eventuali misure terapeutiche che si rendessero necessarie od opportune nel corso e/o dopo la realizzazione della procedura.  
Il test da sforzo è un esame obbligatorio previsto dal D.M. 18.2.1982 per il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica.  
L'esame non è esente da complicanze pertanto, durante la prova, il paziente dovrà tempestivamente segnalare la comparsa di anomalie che possono essere segni indicativi di uno stato di pericolo: sono a disposizione apparecchiature idonee e personale addestrato ed esperto ad affrontare tali situazioni.

**ATLETI MINORENNI ACCOMPAGNATI**

DELEGO

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ ad essere presente in mia  
vece alla visita medica a cui mio figlio/a si sottoporrà per l'accertamento della idoneità alla pratica  
sportiva agonistica.  
(Allegare fotocopia documento di identità valido attestante la patria potestà)

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenne)

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico dello Sport

Qualora l'Atleta risulti IDONEO verrà consegnato solo il certificato medico sportivo non gli esiti degli esami eseguiti in fase di visita, esami eseguiti al solo scopo valutativo al fine del rilascio del certificato e non spendibili in altra visita.

Tutta la documentazione, in originale, prevista dalla visita (spirometria, ECG, Test da sforzo, certificato ...) fa parte di una Cartella Clinica la cui conservazione è onere e responsabilità del Centro e del Medico dello Sport.

Per quanto riguarda gli esami di approfondimento eventualmente richiesti (ecografia cardiaca, holter...) verranno conservati in copia in cartella clinica, mentre gli originali di questi esami saranno consegnati all'atleta.