

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto  
**AZIENDA ULSS N. 8 BERICA**

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

COD. REGIONE 050-COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV

Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809

Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.ulss8@pecveneto.it

[www.ulss8.veneto.it](http://www.ulss8.veneto.it)**FOGLIO ANAMNESTICO (Allegato B)**COGNOME e NOME dell'ATLETA ..... **NATO IL** ...../...../.....**1) Notizie riguardanti la FAMIGLIA dell'atleta (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, anche se defunti o in età avanzata)**Segnare "X" su **SI** + INDICARE CHI (familiare che soffre/ha sofferto di quella malattia) oppure su **NO** (nessun familiare con quella malattia)

MALATTIA	Sì	NO	Chi?	MALATTIA	Sì	NO	Chi?
<b>Malattia di cuore</b> (Infarto, Angina, Aritmie, Cardiomiopatia, Valvulopatia, etc.)				<b>Morte improvvisa</b> (in particolare prima dei 40 aa)			
<b>Ipertensione</b>				<b>Ictus cerebrale e/o vasculopatie</b>			
<b>Diabete</b>				<b>Asma/allergie</b>			
<b>Dislipidemia</b> (ex. Colesterolo alto)				<b>Malattie della tiroide</b>			
<b>Altro</b> (Ex. Tumori, Malattie genetiche, etc.)							

**2) Notizie riguardanti l'ATLETA**Segnare con "X" su **SI** se è presente la malattia di cui l'ATLETA soffre/ha sofferto, oppure su **NO** se non presente

<b>Malattie dell'Infanzia</b>	si no	<b>Bronco/polmonite</b>	si no	<b>Scapole alate</b>	si no
<b>Enuresi (urina a letto)</b>	si no	<b>Pleurite/TBC</b>	si no	<b>Lussazione anca</b>	si no
<b>Asma/allergia/eczema</b>	si no	<b>Otite/sinusite/tonsillite</b>	si no	<b>Piede piatto/cavo</b>	si no
<b>Malattie di cuore</b>	si no	<b>Epatite virale</b>	si no	<b>Trauma cranico</b>	si no
<b>Diabete</b>	si no	<b>Malattie renali</b>	si no	<b>Traumi sportivi/Fratture</b>	si no
<b>Dislipidemia</b> (ex. colesterolo alto)	si no	<b>Febbre reumatica</b>	si no	<b>Scoliosi/dorso curvo</b>	si no
<b>Ipertensione</b>	si no	<b>Malattie della tiroide</b>	si no	<b>Epilessia/convulsioni</b>	si no

L'Atleta si è mai sottoposto ad **INTERVENTO CHIRURGICO**? (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...Se sì, **QUALE/I?** .....L'Atleta assume **FARMACI/INTEGRATORI**? (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...Se sì, **QUALE/I?** .....Il sottoscritto ..... genitore di .....  
responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritieri e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

dichiara sotto la propria

DATA

FIRMA

**Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto  
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA**

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

COD. REGIONE 050-COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV

Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809

Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.ulss8@pecveneto.it

[www.ulss8.veneto.it](http://www.ulss8.veneto.it)

-L'Atleta utilizza... **BUSTO/PLANTARI/GINNASTICA CORRETTIVA?** (Segnare con "X") **SI ... /NO ...**

Se **sì**, per quale motivo (ex. scoliosi, etc.)? .....

**OCCIALI/LENTI A CONTATTO?** (Segnare con "X") **SI ... /NO ...**

Se **sì**, per (ex. miopia, astigmatismo, etc.)? .....

-L'Atleta è un **FUMATORE?** (Segnare con "X") **SI .... (n° sigarette al giorno: .....)** **/NO ..... / EX-FUMATORE**

L'Atleta:

Hai mai avuto <b>perdita dei sensi</b> (svenimento o sinope)?	<b>Durante</b> sforzo fisico	si no
	<b>Dopo</b> sforzo fisico	si no
	<b>Non correlato</b> allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto <b>dolore al torace</b> o senso di <b>costrizione/pressione al torace</b> ?	<b>Durante</b> sforzo fisico	si no
	<b>Dopo</b> sforzo fisico	si no
	<b>Non correlato</b> allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto <b>capogiri o vertigini</b> ?	<b>Durante</b> sforzo fisico	si no
	<b>Dopo</b> sforzo fisico	si no
	<b>Non correlato</b> allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto <b>difficoltà respiratoria, fischi o tosse</b> ?	<b>Durante</b> sforzo fisico	si no
	<b>Dopo</b> sforzo fisico	si no
	<b>Non correlato</b> allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto <b>palpitazioni, cardiopalmo o battito irregolare</b> ?	<b>Durante</b> sforzo fisico	si no
	<b>Dopo</b> sforzo fisico	si no
	<b>Non correlato</b> allo sforzo fisico	si no

-L'Atleta è **SEMPRE RISULTATO IDONEO ALLE VISITE MEDICO-SPORTIVE?** (Segnare con "X") **SI ... /NO ...**

-L'Atleta ha mai effettuato **ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI (ecografia, ECG-Holter, etc.)?** (Segnare con "X") **SI ... /NO ...**

Se **sì**, quale/i **ACCERTAMENTO/I** ha dovuto eseguire e **QUANDO**?1).....

2).....

3).....

Altro.....

-Quante **ORE alla SETTIMANA** si **allena** l'atleta (**partite** comprese)? ..... ore/settimana

-**Solo per le ATLETE** (Segnare con "X"):

- Menarca: **SI ...** (età: .....anni) **/NO ...**
- Ciclo regolare: **SI ... /NO ...**
- Data ultime mestruazioni: ...../....../.....

Il sottoscritto ..... genitore di ..... dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritieri e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

dichiara sotto la propria

**DATA**

**FIRMA**

## INDICAZIONI PER IL GIORNO DELLA VISITA

L'atleta, non a digiuno, dovrà presentarsi il giorno della **visita programmata** munito di:

1. **Documento d'identità dell'atleta** in corso di validità
2. **Tessera Sanitaria e Tessera delle Vaccinazioni** dell'atleta
3. **Foglio Anamnestico compilato** (allegato B) ed eventuali altri allegati ricevuti.
4. **Campione urine** raccolto al mattino. Il giorno antecedente alla visita si consiglia di non praticare un'intensa attività motoria. Bere almeno due bicchieri d'acqua prima di giungere della visita
5. **Referti sanitari** (se in possesso e/o se richiesti).
6. Per gli atleti di sesso maschile con età superiore ai 40 anni compiuti e di sesso femminile con età superiore ai 50 anni compiuti (sia Tabella A che Tabella B): portare in visione **esami ematochimici non più vecchi di 6 mesi** [che comprendano almeno: emocromo, profilo lipidico (Col tot, Col LDL, Col HDL, TG), funzionalità renale (creatinina, eGFR), glicemia].

Si ricorda che:

1. **ATLETA MINORENNE** - nel rispetto delle norme medico-legali, il minorenne dovrà essere accompagnato da un genitore o da persona esercente la patria potestà (solo a partire dalla seconda visita presso il nostro Servizio è possibile effettuare una delega: portare il giorno della visita delega e copia dei documenti di soggetto delegato e delegante).
2. **MALATTIA/TERAPIA** - si prega di contattare telefonicamente la segreteria del Servizio.
3. **ABBIGLIAMENTO** - il giorno della visita, l'atleta dovrà indossare calzoncini corti, maglia maniche corte, calzini, eventuale reggiseno sportivo/senza ferretto e scarpe da ginnastica.
4. **DISDETTA** - da disposizioni regionali (DRG 600/2007), il mancato annullamento della visita comporta l'addebito della prestazione. La disdetta dovrà avvenire entro 48 ore precedenti la data fissata.
5. **ANNULLAMENTO VISITE** - È possibile cancellare la prenotazione fino a due giorni prima della data della visita attraverso il portale di prenotazione on-line o contattando la Segreteria di riferimento.
6. **DOCUMENTAZIONE** - il giorno della visita è necessario consegnare al personale la **Richiesta per Visita Medica** (allegato A), il **Foglio Anamnestico** (allegato B) ed eventuali ulteriori allegati ricevuti.

### Richiesta per Visita Medica (Allegato A)

Il sottoscritto PRESIDENTE della Società Sportiva

chiede la visita medica di idoneità agonistica per lo **Sport** -

di cui la **Specialità/Disciplina**

nonché tutti gli accertamenti previsti dal DM. 18/02/1982 o dal DM. 04/03/1993 per l'ATLETA sottoelencato:

Cognome Nome	Data di nascita	Comune di residenza	Prima visita	Scadenza certificato	N° ticket di prenotazione e data di visita

**Obbligatorio riportare:**

Indirizzo e-mail società sportiva \_

Numero recapito telefonico e fax società sportiva

**Data**

**IL PRESIDENTE (Firma e Timbro)**