

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

Viale F. Rodolfini 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.aulss8@pecveneto.it
 www.aulss8.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?
Malattia di cuore (Infarto, Angina, Aritmie, Cardiomiopatia, Valvulopatia, etc.)				Morte Improvvisa (in particolare prima dei 40 aa)			
Ipertensione				Ictus cerebrale e/o vasculopatie			
Diabete				Asma/allergie			
Dislipidemia (ex. Colesterolo alto)				Malattie della tiroide			
Altro (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

Malattie dell'Infanzia	si	no	Bronco/polmonite	si	no	Scapole alate	si	no
Enuresi (urina a letto)	si	no	Pleurite/TBC	si	no	Lussazione anca	si	no
Asma/allergia/eczema	si	no	Otite/sinusite/tonsillite	si	no	Piede piatto/cavo	si	no
Malattie di cuore	si	no	Epatite virale	si	no	Trauma cranico	si	no
Diabete	si	no	Malattie renali	si	no	Traumi sportivi/Fratture	si	no
Dislipidemia (ex. colesterolo alto)	si	no	Febbre reumatica	si	no	Scoliosi/dorso curvo	si	no
Ipertensione	si	no	Malattie della tiroide	si	no	Epilessia/convulsioni	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 dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

DATA

FIRMA

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

Viale F. Rodolfini 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.aulss8@pecveneto.it
 www.aulss8.veneto.it

-L'Atleta utilizza... **BUSTO/PLANTARI/GINNASTICA CORRETTIVA?** (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...
 Se **si**, per quale motivo (ex. scoliosi, etc.)?
OCCHIALI/LENTI A CONTATTO? (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...
 Se **si**, 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 perdita dei sensi (svenimento o sincope)?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto dolore al torace o senso di costrizione/pressione al torace?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto capogiri o vertigini?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto difficoltà respiratoria, fischi o tosse?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto palpitazioni, cardiopalmo o battito irregolare?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato 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 **si**, 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 veritiere e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

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/Disciplin**a

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)