

SCHEDA ANAMNESTICA RELATIVA ALL'ATLETA MINORE

ACEA CAMP – CPO GIULIO ONESTI

COGNOME.....NOME.....

NATO A PROV.:STATO:.....

IL.....

RESIDENZA/DOMICILIO:CITTA'.....PROV.....

CAP:.....VIA.....n°.....

CELLULARE.....EMAIL.....

TELEFONO CASA.....

CELLULARE GENITORI: 1.....2.....

EMAIL GENITORI:

SPORT:.....SPECIALITA'.....

RUOLO.....ALTRO.....

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, NONNI, ZII, FRATELLI)		
DIABETE	SI	NO
ASMA	SI	NO
IPERTENSIONE ARTERIOSA	SI	NO
MORTE IMPROVVISA PRIMA DEI 50 ANNI	SI	NO
CARDIOPATIA ISCHEMICA O INFARTO	SI	NO
ALTRO		

DOMANDE RIFERITE ALL'ATLETA				
SE SESSO FEMMINILE		MENARCA : SI NO		
SE LA RISPOSTA E' SI: DATA MENARCA DATA ULTIMA MESTRUAZIONE.....				
STUDENTE: SI NO		EVENTUALE ATTIVITA' LAVORATIVA		
SIGARETTE/GIORNO		0	5/10	> 10
ALCOLICI	NO	SI	QUANTO/GIORNO	
FARMACI	NO	SI	QUALI E PERCHE'?	
SOFFRE O HAI SOFFERTO DELLE SEGUENTI MALATTIE:				
DIABETE			SI	NO
IPERTENSIONE ARTERIOSA			SI	NO
MALATTIE NEUROLOGICHE O EPILESSIA			SI	NO
MALATTIE E/O ARITMIE CARDIACHE			SI	NO
ALLERGIE			SI	NO
SE LA RISPOSTA E' SI, A COSA SEI ALLERGICO?				
HAI MAI SOFFERTO DI ASMA			SI	NO

INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI:		
.....		
INFORTUNI O FRATTURE:		
.....		
ALTRO (ESENZIONI TERAPEUTICHE-INTOLLERANZE ALIMENTARI-CELIACHIA- ecc ...):		
.....		
NOTIZIE RELATIVE ALLO SPORT PRATICATO		
PRATICANDO SPORT HAI MAI AVUTO PERDITA DI SENSI? SE SI DESCRIVI	SI	NO
.....		
:		
PRATICANDO SPORT HAI MAI ACCUSATO MALESSERI, CAPOGIRI, DOLORI TORACICI PRESSIONI O COSTRIZIONE TORACICHE? SE SI DESCRIVI.....	SI	NO
.....		
PRATICANDO SPORT HAI MAI AVUTO DIFFICOLTA' RESPIRATORIA? SE SI DESCRIVI.....	SI	NO
.....		

HAI GIA' ESEGUITO VISITE PER L'IDONEITA' AGONISTICA?	SI	NO
UN MEDICO SPORTIVO TI HA MAI PRESCRITTO UN ESAME PER IL CUORE TIPO ECOCARDIOGRAMMA O HOLTER ETC... SE SI QUALE..... RIPORTARE QUI IL REFERTO.....	SI	NO
SEI MAI STATO GIUDICATO NON IDONEO O SOSPESO NEL CORSO DI TALI VISITE SE SI, PER QUALE MOTIVO?		

VARIE DA AGGIUNGERE DI INTERESSE PER IL SETTORE SANITARIO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DELEGA ED AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO SANITARIO E DEI DATI DI MINORE

I sottoscritti _____ nato a _____ il _____

e _____ nato a _____ il _____

Residenti in _____ Via _____ n. _____

In qualità di genitori esercenti la patria potestà genitoriale su minore _____

Nato/a _____ il _____

Recapiti telefonici _____ MAIL _____

DELEGANO ed AUTORIZZANO

Il Medico di servizio dell'Istituto di Medicina dello Sport

ad adottare tutte le eventuali decisioni autorizzando accertamenti clinici e/o diagnostici strumentali in conseguenza di infortuni occorsi durante la permanenza dell' ACEA CAMP – CPO GIULIO ONESTI

DICHIARANO INOLTRE:

- DI AVER COMPILATO ESATTAMENTE IL PRESENTE MODULO (COMPOSTO DA 5 PAGINE), CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALL'ANAMNESI, SENZA TRALASCIARE LE ATTUALI CONDIZIONI PSICO-FISICHE E LE AFFEZIONI PRECEDENTI RIGUARDANTE IL MINORE.
- DI ESSERE INFORMATO CHE TUTTI I DATI RIGUARDANTI IL MINORE POSSONO ESSERE TRASMESSI D'UFFICIO AD ALTRE FIGURE SANITARIE CHE SONO COINVOLTE NELLA TUTELA DEL SUO STATO DI SALUTE E PRECISAMENTE: 1) IL MEDICO DI BASE 2) IL PEDIATRA DI BASE (CON TUTELA DOVUTA ALLA RISERVATEZZA PREVISTA DALLA TRASMISSIONE DI SEGRETO PROFESSIONALE TRA LE FIGURE SUINDICATE, ART. 622 C.P.).

PER ALTRE FIGURE NON COMPRESSE IN QUELLE ESPRESSAMENTE SOPRACITATE LA TRASMISSIONE/RITIRO DI TUTTI O PARTE DEI DATI POTRA' AVVENIRE SOLTANTO CON SPECIFICA DELEGA DEL SOTTOSCRITTO.

DATA

FIRMA DELL'ESERCENTE LA POTESTA'

Allegati:

- 1. Copia dei documenti identità genitori**
- 2. Copia tessera sanitaria del minore**