

CARTELLA CLINICA MEDICO SPORTIVA

Cognome..... Nome..... Età.....

Luogo di nascita..... (.....) Data di nascita

Residenza (Città)..... in Via..... N.....

Codice Fiscale (non compilare se minorenni) - - - - -

Numero Cellulare Mail.....

E' già stato sottoposto a visita per l'idoneità sportiva? (se sì, allegare copia certificato precedente) SI NO

ANAMNESI FAMILIARE

Familiari stretti deceduti di "morte improvvisa" prima dei 40 anni (o per problemi cardiaci)? Se si specificare il grado di parentela SI NO

Familiari stretti affetti da malattie cardiovascolari (Ipertensione, Infarto, Ictus) o Diabete Mellito? Se si specificare il grado di parentela SI NO

ANAMNESI FISIOLGICA

Fumatore SI NO Alvo (feci) e diuresi regolari SI NO Caffè SI NO

Età primo ciclo mestrualeanni Data approssimativa ultima mestruazione

Attualmente ritiene di essere in stato di Gravidanza? SI NO

ANAMNESI PATOLOGICA

Episodi di perdita di coscienza IMPROVVISA? (esclusi episodi a seguito di "calo di zuccheri", pressione bassa, traumi) SI NO

Episodi di battito cardiaco irregolare, tachicardia, palpitazioni, non spiegate negli ultimi 12 mesi? SI NO

Malattie presenti sofferte (ipertensione, diabete ecc..) ? SI NO

Terapia farmacologica in corso? SI NO

Interventi chirurgici o infortuni, ricoveri ospedalieri (anche in età infantile) ? SI NO

Per ottenere il certificato sportivo ha mai dovuto eseguire accertamenti in più rispetto a quelli che normalmente si eseguono? SI NO

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato NON IDONEO in precedenti visite medico-sportive di legge. Inoltre, mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei rischi derivanti dal fumo di tabacco e all'uso di alcolici. Dichiaro inoltre il mio consenso al trattamento, all'archiviazione ed alla trasmissione dei dati ai fini sanitari, amministrativi e contabili, consapevole dei diritti di cui il decreto D. Lgs. 196/2003.

FIRMA DEL DICHIARANTE (se minorenni, del genitore o di un responsabile)

X _____

SOLO PER MINORENNI: Dati del genitore/tutore che lo accompagna



Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

CODICE FISCALE - - - - -