



## AMBULATORIO MEDICO SPORTIVO SANTA CRESCENZA srl

Data \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

SCHEDA ANAMNESTICA In famiglia (genitori, fratelli o sorelle, zii, nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di: •  
Malattie cardiache (infarti, valvulopatie, aritmie, malformazioni, sindrome di Brugada, QT lungo ecc.)  
Indicare quale patologia e grado di parentela

\_\_\_\_\_ • Morti improvvise prima dei 40 anni  
(indicare chi e la causa, se nota) \_\_\_\_\_ • Diabete (indicare  
chi) \_\_\_\_\_ • Iperensione (indicare chi) \_\_\_\_\_ •

Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alle visite di idoneità sportiva precedenti le è stato richiesto qualche esame supplementare?  
(Ecocardiogramma, Holter, Test massimale, altro e per quale motivo)

\_\_\_\_\_ Ha/Ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?  Iperensione  Epilessia  Asma  Allergie   
Malattie reumatiche  Polmonite  Mononucleosi  Pneumotorace  Epatite virale  Monorene   
Monorchide (un solo testicolo)  Ipercolesterolemia  Disturbi psicologici/comportamentali  
\_\_\_\_\_  Altro

E' mai

svenuto?(sincopi/lipotimie) \_\_\_\_\_ Fuma? \_\_\_\_\_

E' stato operato di:  Tonsillectomia  Adeinoidectomia  Appendicectomia  Ernia  Meniscectomia DX  
SX  Ricostruzione Legamento Crociato DX SX  Varicocele  Testicolo ritenuto  Altre  
operazioni \_\_\_\_\_

E' stato ricoverato in ospedale per altri motivi? Se si, precisare quando e per quali motivi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ha riportato fratture o altri infortuni? Se si, precisare quando e in quale parte del corpo

\_\_\_\_\_ Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se si,  
quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ In questo periodo sta seguendo qualche cura?  SI  NO Se si, quali farmaci sta prendendo e per  
quale motivo? \_\_\_\_\_



## AMBULATORIO MEDICO SPORTIVO SANTA CRESCENZA srl

### DICHIARAZIONE

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 dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente. FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) \_\_\_\_\_ CONSENSO INFORMATO<sup>[L. 30]</sup> Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento volontariamente ad essere sottoposto al test da sforzo al cicloergometro. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame e sono stato visitato da un medico il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro sintomo. Sono a conoscenza che il test, in rari casi, può fare insorgere problemi potenzialmente gravi e pericolosi, ma anche che il personale e le apparecchiature necessarie per fronteggiare qualsiasi urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento. FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_



## AMBULATORIO MEDICO SPORTIVO SANTA CRESCENZA srl

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e del personale dell'Ambulatorio, Le chiediamo di rispondere al seguente questionario e di **portarlo già compilato e firmato** alla visita.

**Ha mai avuto diagnosi di infezione da Covid-19?** \_\_\_\_\_

**Se sì, quando ha avuto la diagnosi?** \_\_\_\_\_

Quali sintomi ha avuto? \_\_\_\_\_

Quali farmaci ha assunto? \_\_\_\_\_

Quando ha eseguito il test con l'esito negativo, per la fine dell'isolamento?

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. Giuseppe Monti, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars- COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale, nuova positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o il sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia– disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

MAGENTA

*Firma dell'interessato (o del tutore)* \_\_\_\_\_