



Azienda Sanitaria Locale N°2 Lanciano-Vasto-Chieti

Dipartimento di Prevenzione

MEDICINA dello SPORT – CHIETI



## ANAMNESI PER IDONEITA' SPORTIVA

(la dichiarazione va compilata dal genitore o tutore legale)

Cognome e nome dell'atleta \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Telefono del genitore \_\_\_\_\_ Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Cognome e nome del genitore \_\_\_\_\_

<b>1 - Mio/a figlio/a ha sofferto e/o soffre di:</b>					
Malattie cardiache .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Epilessia .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Pressione alta .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Malattie Neurologiche .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Svenimenti .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Malattie Psichiatriche .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Palpitazioni .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Malattie Gastro-intestinali .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Dolore toracico .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Malattie Fegato e vie Biliari .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Malattie Reni e vie Urinarie .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Diabete mellito .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Malattie Apparato Riproduttivo ....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Febbre reumatica .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Otiti – Sinusiti .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Allergie .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Malattie Oculari .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Malattie Muscolo-Scheletriche .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Malattie Respiratorie ...	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Tumori .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Malattie Tiroide .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Trauma Cranico .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Malattie Endocrine .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Fratture – Traumi sportivi .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
Anemia .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>	Altro .....	no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
<b>2 - Usa occhiali e/o lenti a contatto .....</b>				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
<b>3 - Ha subito interventi chirurgici.....</b>				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
<b>4 - Ha subito ricoveri ospedalieri .....</b>				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
<b>5 - Da tutte le malattie sopra dichiarate è guarito/a.....</b>				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
<b>6 - Fa attualmente terapie mediche.....</b>				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
<b>7 - Ha disturbi sotto sforzo .....</b>				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
<b>8 – Infezione da Covid-19 .....</b>				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
• Positività dall'ultima visita Medico Sportiva ad oggi .....				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>
• Se sì, data tampone negativo dopo Covid _____					
• Ha attualmente sintomi riferibili al Covid (febbre, tosse, raffreddore, stanchezza, difficoltà respiratorie, ecc.).....				no <input type="checkbox"/>	sì <input type="checkbox"/>

DATA, .....

.....

FIRMA del genitore o tutore legale





**Azienda Sanitaria Locale N°2 Lanciano-Vasto-Chieti**

Dipartimento di Prevenzione

**MEDICINA dello SPORT – CHIETI**



## **DELEGA GENITORE O TUTORE LEGALE PER ATLETA MINORENNE**

**Cognome e nome del genitore o tutore** \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZO E DELEGO**

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ad accompagnare mio figlio minore \_\_\_\_\_  
presso il Servizio di Medicina dello Sport dell'ASL Lanciano-Vasto-Chieti, per essere sottoposto a  
visita medico-sportiva.

### **DICHIARO**

sotto la mia responsabilità che le notizie fornite tramite il modulo anamnestico sono complete e veritiere.  
Esprimo, ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, il consenso a trattare i dati personali e sensibili per le  
finalità connesse alla richiesta di idoneità alla pratica sportiva, secondo le modalità previste dalla vigente  
normativa in materia.

Dichiaro di dare il consenso all'esecuzione di tutte le indagini propedeutiche al rilascio del certificato di  
idoneità all'attività sportiva.

Dichiaro di essere stato informato che durante l'espletamento degli accertamenti ed in attesa dei relativi  
referti il giudizio di idoneità si intende sospeso. Trascorso il termine di 60 giorni dalla visita, senza  
l'acquisizione dei referti relativi alle indagini disposte, come previsto dall'attuale legge regionale di medicina  
dello sport, l'atleta sarà ritenuto non idoneo e saranno avviati gli opportuni provvedimenti di legge.

Dichiaro di essere al corrente che:

- per gli atleti al di sotto di 35 anni di età è prevista l'esecuzione di una prova da sforzo denominata Step Test, consistente nel salire e scendere un gradino di 30, 40 o 50 cm di altezza (in base a sesso ed altezza dell'atleta), per un tempo stabilito (normalmente 3 minuti) e con cadenza di 2 secondi per ciclo (salvo diverse indicazioni). Verrà eseguito un elettrocardiogramma (ECG) a riposo e dopo sforzo; in base all'anamnesi può essere richiesto anche un monitoraggio ECG continuo sino al raggiungimento almeno dell'85% della frequenza cardiaca massima; in alcuni casi può essere indicato un test da sforzo massimale al cicloergometro o treadmill, consistente in uno sforzo fisico a carichi crescenti, fino al raggiungimento di specifici criteri strumentali e clinici, utili per accertare lo stato dell'apparato cardiovascolare. Durante lo sforzo e nel recupero verranno effettuati, ad intervalli prestabiliti, tracciati ECG e misurazioni pressorie;
- durante o dopo la prova da sforzo potrebbero insorgere sintomi, quali dolore al petto, difficoltà respiratorie, debolezza, palpitazioni, giramenti di testa ecc, per i quali bisogna avvertire immediatamente il personale medico e infermieristico;
- anche se condotta secondo le più moderne conoscenze mediche, esistono rischi legati all'indagine: in casi molto rari possono insorgere aritmie o sincopi ed in casi eccezionali un infarto del miocardio o arresto cardiaco;
- la non esecuzione dell'indagine implica l'incompletezza dell'iter diagnostico e quindi la non corretta formulazione del giudizio finale.

DATA, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA del GENITORE o TUTORE LEGALE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA del DELEGATO**