

COGNOME NOME NATO IL.....
RESIDENTE IN VIA TEL

Il presente questionario, riferentesi ovviamente all'atleta in esame, deve essere compilato a cura del genitore, o di chi ne fa le veci, per i ragazzi minorenni.

ANAMNESI FAMILIARE

NEI FAMILIARI ANCHE NON VIVENTI (PADRE E MADRE, FRATELLI E SORELLE, ZII DI SANGUE, NONNI) CI SONO STATI CASI DI:

| | | | |
|------------------------------|----|----|-------------|
| - MORTE IMPROVISA | NO | SI | CHI ? |
| - IPERTENSIONE ARTERIOSA | NO | SI | CHI ? |
| - PARALISI O ICTUS CEREBRALI | NO | SI | CHI ? |
| - INFARTO DEL MIOCARDIO | NO | SI | CHI ? |
| - IPERCOLESTEROLEMIA | NO | SI | CHI ? |
| - DIABETE MELLITO | NO | SI | CHI ? |
| - ALLERGIA | NO | SI | CHI ? |

ANAMNESI PERSONALE

L'ATLETA E' NATO A TERMINE DELLA GRAVIDANZA DA PARTO NORMALE? NO SI

L'ATLETA SOFFRE O HA SOFFERTO DI:

| | | | |
|---|----|----|-------------------|
| - COMUNI MALATTIE INFETTIVE DELL'INFANZIA | NO | SI | QUALI ? |
| - MALATTIE CARDIACHE | NO | SI | QUALI ? |
| - PRESENZA DI "SOFFI" CARDIACI | NO | SI | |
| - EPATITI | NO | SI | Specificare |
| - MALATTIE RENALI | NO | SI | QUALI ? |
| - EPILESSIA | NO | SI | |
| - ALTRE MALATTIE INFETTIVE | NO | SI | QUALI ? |

continua sul retro

- | | | | |
|--|----|----|--------------------------|
| - ALTRE MALATTIE | NO | SI | QUALI ? |
| | | | |
| - RICOVERI OSPEDALIERI | NO | SI | Per quali motivi ? |
| | | | |
| - HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI ? | NO | SI | QUALI ? |
| | | | |
| - INFORTUNI | NO | SI | Specificare |
| | | | |
| - HA MAI PERSO CONOSCENZA, HA MAI SOFFERTO DI VERTIGINI, CEFALEA, O HA MAI AVUTO CONVULSIONI ? | NO | SI | |
| | | | |
| - STA ASSUMENDO FARMACI ? | NO | SI | QUALI ? |
| | | | |
| - PORTA OCCHIALI O LENTI ? | NO | SI | |

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.

Data:

Firma del genitore o di chi ne fa le veci
(o dell'atleta se maggiorenne)

.....

Vi ringraziamo per la preziosa collaborazione e Vi preghiamo di allegare in visione eventuali referti medici in Vs. possesso che Vi saranno puntualmente restituiti.

Importante: nelle 24 ore precedenti la visita, sospendere gare ed allenamenti.