



QUESTIONARIO ANAMNESTICO ATLETI MINORENNI

Gent.mo genitore,

ci è indispensabile per la visita medico sportiva agonistica la compilazione del seguente questionario in ogni sua parte (anche in caso di negatività o assenza di malattia). Particolare attenzione va posta alla familiarità per malattie cardiache e metaboliche (diabete) e a tutto ciò che riguarda il minore.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ tel _____
padre/madre del minore _____

dichiara che quanto esposto nel seguente modulo corrisponde alla realtà e che **il minore non è mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive agonistiche.**

IN FAMIGLIA (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, cugini ...) qualcuno (anche se deceduto) ha sofferto di:

Malattie cardiache e/o circolatorie (infarto, ipertensione, aritmie, cardiomiopatie valvolari...)

NO SI chi? _____ quali? _____ A che età? _____

Diabete mellito NO SI chi? _____ da che età _____ fa insulina NO SI

Malattie respiratorie NO SI quali? _____

Malattie neurologiche NO SI quali? _____

Morti improvvise NO SI chi? _____ causa? _____ a che età? _____

Altre malattie quali? _____

IL MINORE Soffre o ha sofferto di:

Malattie comuni dell'infanzia (morbillo, rosolia, varicella, pertosse, parotite) NO SI quali? _____

Diabete mellito NO SI fa insulina NO SI Epilessia NO SI

Malattie cardiache NO SI quali? _____

Malattie respiratorie NO SI quali? _____

Malattie neuropsichiatriche NO SI quali? _____

Altre malattie quali? _____

Interventi chirurgici (tonsille, adenoidi, appendicite, ernia inguinale, altro)
NO SI quali? _____ a che età? _____

Infortuni (fratture, distorsioni, lussazioni, traumi cranici, altro)
NO SI quali? _____

_____ a che età _____

E' mai stato ricoverato NO SI perché? _____ a che età _____

Assume farmaci NO SI quali? _____ perché? _____

Porta occhiali e/o lenti a contatto NO SI perché _____

Eventuali altre segnalazioni _____

Data _____ Firma del genitore _____

Esprimo consenso all'utilizzo dei dati ai fini statistici e scientifici ed all'effettuazione di tutti gli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità sportiva.

Data _____ Firma del genitore _____

N.B. PRESENTARSI ALLA VISITA CON DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, CAMPIONE DI URINE DEL MATTINO
EVENTUALE DOCUMENTAZIONE DI PATOLOGIE IN ATTO O PREGRESSE, CON OCCHIALI SE IN USO. NON E'
NECESSARIO IL DIGIUNO, SI CONSIGLIA ABBIGLIAMENTO "COMODO"

Per comunicazioni: sede di Novara 0321/374340 sede di Borgomanero 0322/848372

