REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

2 Bassa Friulana, Isontina

# AAS2 BASSA FRIULANA ISONTINA

## Unità Funzionale Aziendale di Medicina dello Sport

Ambulatorio di Medicina dello Sport: sede di Gorizia - Medico Referente dott Carlo Donada
Ambulatorio di Medicina dello Sport: sede di Monfalcone - Medico Referente dott Gilberto Cattarini

## QUESTIONARIO DA COMPILARE A CURA DELL'ATLETA (O SE MINORENNE DA UNO DEI GENITORI)

**Da riconsegnare insieme all'esame urine prima della visita**

Cognome_____Nome_____
Nato/a a _____ il ___/____/_____
Residente a _____ Via_____n°_____ Tel. ____/_____ Cell. _____ Fax____/_____; E-mail_____@_____
Tessera Sanitaria_____ Codice Fiscale ⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥⊥

**Sport per cui è richiesta la visita**_____
Società_____
N° allenamenti/settimana_____; Ore totali sport/settimana_____; prima visita; rinnovo;
Malattie presenti nei familiari di primo grado (genitori – fratelli – zii – nonni / indicare il grado di parentela):
Malattie cardiache; Infarto miocardico; Ipertensione arteriosa; Morte improvvisa in età < 40 anni; Colesterolo elevato; Diabete mellito; Ictus; Asma bronchiale; Allergie;
Altre (specificare) _____

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA:**

Femmina: età della prima mestruazione_____anni; data ultima mestruazione_____
Soffre di disturbi del ciclo? SI; NO; assume anticoncezionali SI; NO;
Usa occhiali o lenti a contatto? NO; SI; Usa plantari, talloniere? NO; SI;
Soffre si allergie? NO; SI, quali? _____
Attualmente ha problemi di salute? NO; SI, quali? _____
Sta assumendo farmaci? NO; SI, quali e motivo _____
Fuma? NO; SI, quante sigarette die?_____ da quanti anni? _____
Assume alcolici? NO; SI, quanto al giorno? _____
Malattie infantili che ricorda: Morbillo; Rosolia; Varicella; Scarlattina; Parotite; Otiti; Tonsilliti; Mononucleosi; altro_____
Interventi chirurgici/ricoveri ospedalieri_____
_____
Fratture o infortuni gravi _____
_____

**Ha mai avuto:**
**SVENIMENTI ? NO; SI; MANCANZA DI RESPIRO? NO; SI; ACCELERAZIONE DEL BATTITO? NO; SI;**
**Se ha risposto sì ad una delle precedenti domande specificare** _____
_____
**E' STATO GIUDICATO NON IDONEO IN PRECEDENTI VISITE MEDICO SPORTIVE? NO SI, QUANDO?**
_____

**Informato sui diritti e sui limiti di cui al D.Leg.vo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personale". Informato sulle modalità di esecuzione, acconsento di sottopormi agli accertamenti previsti dal DPR 18/02/82 per il rilascio del certificato di idoneità sportivo agonistico.**

Monfalcone/Gorizia,___/___/_____ _____
Firma dell'atleta se maggiorenne o del genitore se atleta minorenne

allegato 4
1.2018