

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

ATLETA: Cognome e Nome _____

Data ____/____/____

ANAMNESI FAMILIARE

Con riferimento a genitori, nonni e fratelli dell'Atleta, ci sono stati casi di:

- malattie cardiovascolari ictus ipertensione diabete morte da causa sconosciuta
 nessuno dei precedenti

ANAMNESI FISIOLOGICA

L'Atleta assume regolarmente farmaci? Sì No

Se Sì quali? _____

Fumo? Sì No

Solo per l'Atleta di genere **FEMMINILE**:

Data ultima mestruazione ____/____/____

ANAMNESI PATOLOGICA

L'Atleta ha mai eseguito accertamenti cardiologici per sospetto diagnostico? Sì No

Se Sì quali? Holter ECG Holter pressorio ecocardiocolordoppler test sforzo massimale RMN
 altro _____

L'Atleta ha mai avuto alcuni di questi sintomi? Sì No

battito cardiaco accelerato extrasistoli o palpitazioni sensazione di vertigini o svenimento
 dolore toracico mancanza improvvisa di respiro altro _____

Se Sì a riposo sotto sforzo

L'Atleta è mai stato ricoverato in ospedale? Sì No

Se Sì per quale intervento chirurgico? appendicectomia tonsillectomia

ernia del disco o ernia inguinale LCA menisco altro _____

L'Atleta ha mai subito infortuni significativi? Sì No

L'Atleta ha mai subito traumi cranici con perdite di conoscenza? Sì No Se Sì a che età? _____

L'Atleta attualmente soffre di qualche patologia? Sì No

Se Sì quali? epilessia diabete allergie ipertensione altro _____

L'Atleta, negli ultimi giorni, ha sofferto/soffre tutt'ora di astenia/stanchezza insolita? Sì No

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore _____

DICHIARAZIONE COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____

e residente in _____

Ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a **comunicare al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport* che ha rilasciato la certificazione d' idoneità, una eventuale positività al Covid-19** (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile comparsi successivamente alla data della visita odierna.

INOLTRE, DICHIARA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all' infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di aver ricevuto esito dal tampone negativo in data ____/____/____ **(SOLO IN CASO DI POSITIVITA')**

Cusago, il _____

Firma del sottoscrittore (in caso di minore**, firma dei genitori)

*oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di libera scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società/Federazione Sportiva Nazionale.

** In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori. 2. Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all' informativa resa ai sensi dell' art.13 del predetto Regolamento.