



# ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI TORINO - F.M.S.I.



Centro di Eccellenza Federale per la Ricerca in Medicina dello Sport

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## ANAMNESI FAMILIARE

In famiglia (padre, madre, nonni, zii) soffrono o hanno sofferto di (segnalare il grado di parentela):

- Diabete \_\_\_\_\_
- Asma \_\_\_\_\_
- Ipertensione arteriosa \_\_\_\_\_
- Cardiopatia ischemica o infarto \_\_\_\_\_
- Aritmie cardiache \_\_\_\_\_
- Ictus \_\_\_\_\_
- Colesterolo molto alto \_\_\_\_\_
- Anemia mediterranea \_\_\_\_\_
- Altre malattie a carattere ereditario \_\_\_\_\_
- Casi di morte improvvisa ed inspiegata in età non superiore ai 40-45 anni \_\_\_\_\_
- Cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia aritmogena, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Wolf Parkinson White, Brugada \_\_\_\_\_

## ANAMNESI SPORTIVA

Quale sport pratica principalmente? \_\_\_\_\_

Quante volte la settimana? \_\_\_\_\_ Per quante ore complessive? \_\_\_\_\_

Se fa gare, a quale livello?: Provinciale, regionale, nazionale, internazionale: \_\_\_\_\_

Pratica altri sport, se sì quali \_\_\_\_\_

Ha fatto la visita di idoneità agonistica l'anno scorso?      **sì**      **no**

E' risultato idoneo?      **sì**      **no**

Negli anni è mai stato dichiarato non idoneo alla pratica di sport agonistici?      **sì**      **no**

In occasione delle precedenti visite di idoneità sono mai stati chiesti degli esami in più (specificare esame e motivo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANAMNESI FISIOLGICA

Soffre di:

- Insonnia
- Stitichezza
- Frequente diarrea
- Frequenti dolori addominali

Alimentazione:       scarsa       normale       abbondante

## VACCINAZIONI

- Vaccini obbligatori
- Sars-Cov2 Se sì: numero di dosi e data ultima dose: \_\_\_\_\_

In che anno ha fatto l'ultima antitetanica: \_\_\_\_\_



# ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI TORINO - F.M.S.I.



Centro di Eccellenza Federale per la Ricerca in Medicina dello Sport

## ANAMNESI PATOLOGICA

Soffre di allergie? **sì** **no**

Se sì: a cosa è allergico? \_\_\_\_\_

L'allergia si manifesta con:

- Raffreddore
- Asma
- Reazioni della pelle
- Altro (specificare in quale altro modo): \_\_\_\_\_

E' stato necessario un ricovero URGENTE in ospedale? **sì** **no**

Quali farmaci assume per l'allergia? \_\_\_\_\_

## MALATTIE

- Malattie infettive dell'infanzia:  
Se sì, quali: \_\_\_\_\_
- Meningite
- Celiachia
- Polmonite/ pleurite/ bronchiolite  
Se sì, quali/ quando?: \_\_\_\_\_
- Covid-19  
Se sì, quando e con quali sintomi: \_\_\_\_\_
- Patologie endocrinologiche (es. diabete, problemi tiroidei)  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Patologie cardiache  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Patologie respiratorie  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- Patologie neurologiche  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Altre patologie da segnalare? \_\_\_\_\_

## SINTOMI CARDIORESPIRATORI DA SFORZO

Hai mai avuto uno dei seguenti sintomi durante attività sportiva o sforzo fisico?

- Perdita dei sensi (o quasi)
- Dolore al torace, pressione o costrizione toracica
- Capogiri, vertigini
- Fiato corto o fatica eccessiva non proporzionato allo sforzo
- Problemi respiratori come difficoltà a respirare, costrizione toracica, fischi, tosse
- Battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni) o che salta qualche battito



# ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI TORINO - F.M.S.I.



Centro di Eccellenza Federale per la Ricerca in Medicina dello Sport

## PERDITA DI COSCIENZA

Ha avuto:

- Episodi di convulsioni febbrili in età pediatrica
- Crisi epilettiche o crisi di assenza  
Se sì, ne soffre tutt'ora?      **sì**      **no**      Ultimo episodio (anno) \_\_\_\_\_  
Attualmente è in terapia antiepilettica:      **sì**      **no**
- Svenimenti o sincopi:  
Se sì, quante volte è capitato?: \_\_\_\_\_  
Gli svenimenti hanno avuto una causa scatenante:      **sì**      **no**  
Se sì, quale? \_\_\_\_\_

Ha fatto accertamenti? Se sì, quali? \_\_\_\_\_

## INFORTUNI (indicare in quale anno e la sede)

- Fratture \_\_\_\_\_
- Traumi cranici con perdita di coscienza \_\_\_\_\_
- Lesioni muscolari guarite in più di un mese \_\_\_\_\_
- Distorsioni guarite in più di un mese \_\_\_\_\_

Per qualcuno di questi infortuni è stato necessario un intervento chirurgico (quale e quando)?

\_\_\_\_\_

## PROBLEMI OSTEO/ARTICOLARI, POSTURALI

Ha sofferto/soffre di:

- Displasia congenita dell'anca
- Piede piatto
- Piede cavo
- Scoliosi
- Ipercifosi (gobba) dorsale

Altri problemi: \_\_\_\_\_

Specificare che tipo di cura hanno richiesto gli eventuali problemi ossei, articolari, posturali:

\_\_\_\_\_

## INTERVENTI CHIRURGICI (se sì indicare quale/i)

- Appendicectomia
- Tonsillectomia
- Adenoidectomia
- Ernia inguinale

Altri interventi (sede, tipo ed anno) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**Consenso dell'interessato**

Ai sensi degli artt. 6-8 del Reg.(UE) 2016/679,

io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

[1] soggetto interessato

[2] familiare (indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_), facente le veci del sottoindicato  
soggetto interessato, nei confronti del quale dichiaro non esistere nessun provvedimento di tutela

[3] tutore legale pro-tempore del sottoindicato soggetto interessato, nominato con provvedimento numero \_\_\_\_\_  
del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, emesso da \_\_\_\_\_

Per conto di:

nome e cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,  
residente in (comune) \_\_\_\_\_ (indirizzo) \_\_\_\_\_

Confermo di aver preso atto dell'informativa di cui sopra, relativa al trattamento dei miei dati e/o dei dati della  
persona che rappresento, da parte dell'Istituto di Medicina dello Sport di Torino—mediante strumenti elettronici e  
non, in Italia, in UE e all'Estero.

Confermo di aver preso visione dei miei diritti in qualità di interessato ad operazioni di trattamento e pertanto

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati all'interno della banca dati visite specialistiche, con le  
finalità e le garanzie riportate all'interno dell'informativa e del GDPR

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo  Non autorizzo il trattamento dei miei dati all'interno della banca dati esami  
strumentali, con le finalità e le garanzie riportate all'interno dell'informativa e del GDPR

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati all'interno della banca dati esami di laboratorio, con le  
finalità e le garanzie riportate all'interno dell'informativa e del GDPR

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati all'interno della banca dati ricerca istituto, con le  
finalità e le garanzie riportate all'interno dell'informativa e del GDPR

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali con la finalità di ottimizzare i servizi  
e le procedure di interfacciamento con l'Istituto di Medicina dello Sport di Torino, e a tal conferisco

e-mail \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



# ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI TORINO - F.M.S.I.

Centro di Eccellenza Federale per la Ricerca in Medicina dello Sport



## DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. \_\_\_\_\_, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e 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 (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5° C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

\_\_\_\_\_  
Data e Luogo

\_\_\_\_\_  
L'interessato \*

\*in caso di minore, è necessaria la firma dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
I Genitori o l'esercente la potestà genitoriale  
(in caso di atleta minore)

\_\_\_\_\_  
Il Medico Specialista in Medicina dello Sport



# ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI TORINO - F.M.S.I.



Centro di Eccellenza Federale per la Ricerca in Medicina dello Sport

Dati anagrafici (di chi effettua la visita):

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

- Ha mai avuto **TAMPONE CON ESITO POSITIVO**:     **[SI]**     **[NO]**

Indicare **MESE e ANNO** di positività: \_\_\_\_\_

Indicare con quale sintomatologia: **[ASINTOMATICO]**   **[PAUCISINTOMATICO]**   **[SINTOMATICO]**

- A seguito del tampone positivo ha svolto la visita agonistica/return to play:   **[SI]**     **[NO]**

Se si indicare quando (mese e anno) e presso quale centro: \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante o del familiare/tutore se minorenne \_\_\_\_\_