



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

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) _____



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

Centro di Eccellenza Federale per la Ricerca in Medicina dello Sport



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 _____