



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

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 malattie). 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 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? _____ fa insulina NO SI

Malattie respiratorie NO SI quali? _____

Malattie neurologiche NO SI quali? _____

Morti improvvise NO SI chi? _____ perchè? _____ 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

Malattie cardiache NO SI quali? _____

Malattie respiratorie NO SI quali? _____

Malattie neuropsichiatriche NO SI quali? _____

Epilessia NO SI _____

Altre malattie quali? _____

Interventi chirurgici (tonsille, adenoidi, appendicite, ernia inguinale, altro)

NO SI quali? _____

Infortuni (fratture, distorsioni, lussazioni, traumi cranici, altro)

NO SI quali? _____

E' mai stato ricoverato NO SI perchè? _____

Assume farmaci NO SI quali? _____

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 _____

PRESENTARSI IL GIORNO _____ ALLE ORE _____

(SI CONSIGLIA ABBIGLIAMENTO COMODO, NON SERVE IL DIGIUNO).

RICORDARSI DI PORTARE: * CAMPIONE DI URINE DEL MATTINO; * TESSERA SANITARIA; * RICHIESTA SOCIETÀ SPORTIVA.

N.B. IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ AD EFFETTUARE LA VISITA SI RACCOMANDA DI DISDIRE LA STESSA CON TEMPESTIVITÀ E SOLLECITUDINE ALLO 0321-374340



SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE

www.regione.piemonte.it

Azienda Sanitaria Locale ASL NO
S.C. SISF Funzione di Medicina dello Sport
Responsabile Dr Aniello Esposito
Tel 0321/374340 fax 0321/374341
medsportiva.nov@asl.novara.it