



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

SCHEDA ANAMNESTICA

Il presente modulo **DEVE essere LETTO E COMPILATO** da un **GENITORE** (per atleti minorenni).

Cognome e Nome del/della ragazzo/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Via/Corso _____ n. _____

Documento _____ n. _____ Codice Fiscale _____

e-mail (del genitore) _____ Telefono (del genitore) _____

Il/la Ragazzo/a è già stato/a sottoposto/a alla visita di idoneità sportiva AGONISTICA? **SI** **NO**

se **SI**, esito della visita idoneo non idoneo sospeso data dell'ultima visita sportiva _____

Anamnesi familiare

Si sono avuti, nei familiari (**genitori, fratelli o sorelle, nonni, zii...**) casi di:

Diabete (fa insulina? **SI** **NO**) Ipertensione Arteriosa Cardiopatie (specificare quale) _____

Morte Improvvisa in età giovane adulta (sotto i 60 anni, specificare grado di parentela) _____

Altre malattie _____

Anamnesi personale dell'atleta

MALATTIE PREGRESSE O IN ATTO: (barrare **TUTTE** la malattie fatte)

Morbillo Varicella Rosolia Scarlattina Pertosse Parotite (orecchioni) Mononucleosi
 Polmonite Epatite Malattie Renali Covid-19 (quando _____, gravità sintomi: lievi, moderati, gravi)

Diabete (fa insulina? **SI** **NO**) Epilessia Cardiopatie Svenimenti Allergia Asma Broncospasmo

Malattie neuropsichiatriche _____

Difetti dell'udito Difetti della vista (se portatore di occhiali/lenti a contatto portare gli occhiali con sé alla visita)

Altro (indicare altre malattie non presenti nell'elenco precedente) _____

Vostro/a figlio/a è **MAI STATO RICOVERATO?**: **NO** **SI**

(se **SI** elencare i motivi dei ricoveri) _____

INTERVENTI CHIRURGICI: **NO** **SI**

Se sì, quali? _____

INFORTUNI (fratture, distorsioni, traumi): **NO** **SI**

Se sì, quali? _____

Segnalare eventuali **terapie in corso o farmaci recentemente assunti** _____



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

Si prega di PORTARE IN VISIONE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE RELATIVA AD ESAMI O CONTROLLI MEDICI O VISITE SPECIALISTICHE ESEGUITE IN PRECEDENZA

RICORDARSI DI PORTARE:

- campione delle prime urine del mattino a digiuno con l'etichetta scrivendo il nome e il cognome dell'atleta **(N.B. NON È POSSIBILE RACCOGLIERE LE URINE IN STRUTTURA)**;
- tessera sanitaria, carta d'identità dell'atleta.

In caso di impossibilità ad effettuare la visita, si raccomanda di disdire la stessa con tempestività preferibilmente:

- all'e-mail medsportiva.nov@asl.novara.it (sede di Novara) o via telefono 0321-374340 (Novara);
- all'e-mail medsportiva.bor@asl.novara.it (sede di Borgomanero) o via telefono 0322-848372 (Borgomanero).

Il sottoscritto (genitore per i minorenni) _____ dichiara:

- di aver informato esattamente il medico sulle attuali condizioni psico-fisiche dell'atleta e sulle affezioni precedenti e che l'atleta non è mai stato dichiarato non idoneo in precedenti viste medico sportive;
- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, il quale è stato informato riguardo all'esecuzione della visita sportiva per certificazione medico agonistica.

Data _____

x **FIRMA (leggibile e obbligatoria)** _____ (del **GENITORE** o di chi ne fa le veci per atleti minorenni).

(Allegare fotocopia documento del genitore firmatario)

Esprimo il consenso all'utilizzo dei dati a fini statistici e scientifici ed all'effettuazione di tutti gli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità sportiva agonistica.

Data _____

x **FIRMA (leggibile e obbligatoria)** _____ (del **GENITORE** o di chi ne fa le veci per atleti minorenni).