

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____
nato a _____ il __/__/____ e residente in _____

attesta

- 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 non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).
- di prestare il consenso alla rilevazione della propria temperatura corporea.

In fede,

[data e firma]

Note

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da un genitore.
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.
3. Chi rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia come stabilito dall' art. 76 del DPR 445/2000.



SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT DELLA ULSS2 MARCA TREVIGIANA - DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO
SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ a _____
Residente a _____ in Via _____
Doc. identità _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ e-mail _____
Sport per cui è richiesta la visita _____ anni di attività sportiva _____
Società sportiva di appartenenza _____
Svolge regolarmente altri sport? SI' NO Quali _____
Si sta allenando regolarmente? SI' NO Per quante ore alla settimana? _____

(BARRARE CIO' CHE INTERESSA)

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (specificare se genitore, fratello, sorella, nonno, nonna ecc...)

Cardiomiopatia	SI' NO		Malattia valvole cardiache	SI' NO	
Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Aritmia	SI' NO	
Morte improvvisa	SI' NO		Diabete	SI' NO	
Dislipidemia	SI' NO		Asma	SI' NO	
Ictus	SI' NO		Tumori	SI' NO	
Ipertensione	SI' NO		Altro	SI' NO	

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Infarto/Malattia coronarica	SI' NO		Cardiomiopatia	SI' NO	
Malformazione congenita	SI' NO		Malformazione valvolare	SI' NO	
Miocardite/Pericardite	SI' NO		Aritmia/extrasistoli	SI' NO	
Ipertensione arteriosa	SI' NO		Arteriopatia	SI' NO	
Insufficienza venosa/varici	SI' NO		Altro	SI' NO	

Morbillo	SI' NO	Pleurite	SI' NO	Tiroiditi	SI' NO
Varicella	SI' NO	Polmonite	SI' NO	Malattie di stomaco	SI' NO
Rosolia	SI' NO	Sinusite	SI' NO	Malattie di reni	SI' NO
Scarlattina	SI' NO	Fibrosi cistica	SI' NO	Malattie di intestino	SI' NO
Parotite	SI' NO	Febbre reumatica	SI' NO	Malattia celiaca	SI' NO
Pertosse	SI' NO	Allergie	SI' NO	Svenimento	SI' NO
Epatite virale	SI' NO	Asma	SI' NO	Epilessia	SI' NO
Mononucleosi	SI' NO	Eczema	SI' NO	Sclerosi multipla	SI' NO
Tonsillite	SI' NO	Anemia	SI' NO	Traumi oculari	SI' NO
Otite	SI' NO	Diabete	SI' NO	Patologie oculari	SI' NO
TBC	SI' NO	Dislipidemia	SI' NO	Ipoacusia / Sordità	SI' NO

Trauma cranico	SI' NO	Contratture muscolari	SI' NO	Rialzo al piede	SI' NO
Fratture	SI' NO	Scoliosi	SI' NO	Plantare	SI' NO
Distorsioni articolari	SI' NO	Dorso curvo	SI' NO	Scarpe ortopediche	SI' NO
Lussazione anca	SI' NO	Scapole alate	SI' NO	Protesi	SI' NO
Lussazioni articolari	SI' NO	Piede piatto	SI' NO	Altro	SI' NO
Stiramenti muscolari	SI' NO	Busti correttivi	SI' NO		
Strappi muscolari	SI' NO	Ginnastica correttiva	SI' NO		

E' portatore di occhiali e/o lenti a contatto? SI' NO
Miopia Astigmatismo Ipermetropia Altro

Età prima mestruazione _____ Data ultima mestruazione ___/___/___ Il ciclo è regolare? SI' NO

INTERVENTI CHIRURGICI

Tonsille	SI' NO	a _____ anni	Adenoidi	SI' NO	a _____ anni
Ernia	SI' NO	a _____ anni	Appendice	SI' NO	a _____ anni



ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI: SI' NO

Quali? _____
Quando? _____
per quanto tempo ha sospeso l'attività? _____

ATTUALMENTE STA FACENDO CURE MEDICHE O PRENDENDO FARMACI? SI' NO

Quali? _____
Per quale motivo? _____

ESAMI SPECIALISTICI ESEGUITI:

ALTRE NOTIZIE PARTICOLARI

ABITUDINI: FUMO ALCOOL

ANAMNESI CARDIOLOGICA

È mai svenuto a riposo, durante o subito dopo uno sforzo fisico?	SI'	NO
Ha mai avuto la sensazione di battito cardiaco mancante?	SI'	NO
Quando compie uno sforzo fisico (gara, scale): accusa o ha accusato mancanza di respiro? senso di costrizione tipo sbarra al centro del torace?	SI'	NO
Ha mai accusato episodi di improvvisa accelerazione del battito cardiaco con altrettanto improvviso ritorno alla normalità?	SI'	NO
È mai stato sospeso dall'attività sportiva in precedenti visite per motivi cardiologici?	SI'	NO
È mai stato sottoposto ad ulteriori accertamenti cardiologici? Quali? _____	SI'	NO

DICHIARAZIONE AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 20/06/1986.

In passato è mai stato sottoposto a visita medica di idoneità agonistica? SI' NO
A seguito dell'ultima visita sportiva, eseguita nell'anno _____ presso _____ è stato dichiarato **IDONEO** **NON IDONEO** per quali i motivi? _____
 SOSPESO per quanto tempo _____ per quali motivi? _____

Il sottoscritto (nome e cognome del genitore/tutore in caso di atleti minori) _____
nato a _____ il _____, dichiara sotto la propria responsabilità che le
notizie fornite nella scheda di valutazione medico-sportiva e nella scheda anamnesi sono complete e
veritiere.

Luogo, data _____

FIRMA _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni

CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di essere stato informato sulle modalità di esecuzione della visita e sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti dal D.M. 18/02/1982 per il rilascio del certificato di idoneità sportiva, compreso il test da sforzo (test ergometrico, test al gradino).

Luogo, data _____

FIRMA _____

dell'atleta (se maggiorenne) oppure di un genitore per i minorenni