

**QUESTIONARIO PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDONEITÀ SPECIFICA ALLO SPORT**

Cognome e nome (dell'atleta): \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**TI PREGIAMO DI LEGGERE CON ATTENZIONE E RISPONDERE ALLE DOMANDE****NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (barrare le caselle indicando il tipo di malattia dalla quale sono o sono stati affetti i familiari, specificando a lato quale parente ne è stato colpito: genitori, nonni, fratelli e sorelle, zii, cugini):**

Ipertensione	SI	NO
Diabete e/o ipercolesterolemia	SI	NO
Aritmia	SI	NO
Infarto e/o malattie coronariche	SI	NO
Malattie valvole cardiache	SI	NO
Casi morte improvvisa	SI	NO
Altro		

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA (barrare le caselle):**

Aritmie e difetti congeniti al cuore	SI	NO	Ipo/ipertiroidismo	SI	NO	Epilessia	SI	NO
Malattie valvole cardiache	SI	NO	Malattie del fegato (epatiti, calcoli ecc...)	SI	NO	Trauma cranico	SI	NO
Infarto e/o malattie coronariche	SI	NO	Malattie renali	SI	NO	Fratture e/o distorsioni	SI	NO
Ipercolesterolemia	SI	NO	Malattie intestinali /colon irritabile)	SI	NO	Malattie autoimmuni	SI	NO
Diabete	SI	NO	Ipertensione arteriosa	SI	NO	Piede piatto	SI	NO
Asma bronchiale	SI	NO	Svenimento	SI	NO	Scoliosi / dorso curvo	SI	NO
Allergie (quali?)	SI	NO	Dolore toracico frequente	SI	NO	Ernie discali	SI	NO
Febbre reumatica	SI	NO	Mononucleosi	SI	NO			
Altre malattie?	SI	NO	Quali?					
Patologie in atto	SI	NO	Quali?					
Altro								

**RICOVERI PER INTERVENTO DI:**

Tonsille	SI	NO	Adenoidi	SI	NO	Appendicite	SI	NO
Ernie inguinali	SI	NO	Ernie discali?	SI	NO			
Altro tipo di intervento?	SI	NO	Se SI, specificare a lato:					
Assume farmaci?	SI	NO	Se SI, quali farmaci assume?					



## FONDAZIONE VILLA SALUS

della Congregazione delle Suore Mantellate Serve di Maria di Pistoia

Ospedale Villa Salus - equiparato e accreditato con il SSN

Fondazione con personalità giuridica iscritta al nr. 992 del Registro Regionale delle Persone Giuridiche

Via Terraglio 114,  
30174 Venezia Mestre (VE)  
Tel. 041 2906411 – Fax 041 2906710  
P. IVA e C.F. 04549420273  
[www.ospedalevillasalus.it](http://www.ospedalevillasalus.it)

Se SI, per quali motivi/patologie?

Usa occhiali?	SI	NO	Indicare per quale patologia e/o difetto
---------------	----	----	--

### SOLO FEMMINE:

Ciclo mestruale      Età prima mestruazione \_\_\_\_\_       Ciclo regolare       Ciclo irregolare  
 Menopausa       Gravidanze se si quante \_\_\_\_\_

Hai già fatto visite di idoneità?	SI	NO	Se si, dove l'ultima volta?	In che anno?
Sei mai stato dichiarato NON IDONEO?	SI	NO		
Ti sono mai stati richiesti accertamenti supplementari?	SI	NO	Quali?	

### DICHIARAZIONE DELL'ATLETA SE MAGGIORENNE - O DEI GENITORI PER I MINORI DI 18 ANNI

Io sottoscritto dichiaro di aver informato correttamente il medico delle mie condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti, che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto. Dichiaro inoltre di non aver ricevuto in altra sede giudizio di **NON IDONEITÀ** alla pratica sportiva. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Con la presente, esprimo il consenso all'effettuazione della visita medica compresa la prova da sforzo, al cicloergometro/tappeto rotante con lo scopo di accertare lo stato del sistema cardiovascolare/o definire la natura dei disturbi cardiaci da me accusati/accusati dal minore e decidere sull'ulteriore iter clinico e terapeutico grazie alle specifiche cognizioni che derivano da questa indagine.

Nel rispetto della privacy, i miei dati personali saranno utilizzati solo per quanto attiene alla mia salute secondo quanto previsto dal Reg. UE 2016/679. Esprimo inoltre ai sensi dell'attuale normativa sulla privacy, il consenso a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva **AGONISTICA - NON AGONISTICA**, secondo le modalità e per le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive. Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta di chiarimento.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma dell'atleta (o del genitore per i minorenni)*

\_\_\_\_\_  
*Firma del medico*