

OSPEDALE GIOVANNI XXIII

Casa di Cura Privata Accreditata S.S.N.
Presidio Ospedaliero dell'Azienda ULSS 2 MARCA TREVIGIANA
31050 MONASTIER di TREVISO (TV) - Via Giovanni XXIII, 7
WWW.GIOVANNI23.IT cup@giovanni23.it - 0422.8961



AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT Numero iscrizione Albo Regionale B20

Responsabile Dr. Totò Giujusa
Tel. 0422 896743
e-mail cardiologia@giovanni23.it

MOD. CARD28 Rev.02-20/10/22 Pag. 1 di 1

RACCOLTA ANAMNESTICA

Cognome.....Nome.....
NatoSesso: maschio femmina

ANAMNESI FAMILIARE (genitori, nonni, fratelli, sorelle)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infarto e/o malattie coronariche | <input type="checkbox"/> Malformazione valvole card |
| <input type="checkbox"/> Morte improvvisa | <input type="checkbox"/> Aritmie |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Ischemie cerebrali |
| <input type="checkbox"/> Tumori | <input type="checkbox"/> Diabete |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Altro..... |

ANAMNESI RIGUARDANTI ATLETA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Morbillo | <input type="checkbox"/> Epatite virale |
| <input type="checkbox"/> Varicella | <input type="checkbox"/> Tonsillite |
| <input type="checkbox"/> Rosolia | <input type="checkbox"/> Mononucleosi |
| <input type="checkbox"/> Scarlattina | <input type="checkbox"/> Otite |
| <input type="checkbox"/> Parotite | <input type="checkbox"/> Polmonite |
| <input type="checkbox"/> Pertosse | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Altre..... | <input type="checkbox"/> Diabete |
| <input type="checkbox"/> Problemi cardiaci | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Malformaz. valvolari | <input type="checkbox"/> Svenimenti |
| <input type="checkbox"/> Malformaz. congenite | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Aritmia/extrasistoli | <input type="checkbox"/> Altro..... |
| <input type="checkbox"/> Episodi di svenimento | |
| <input type="checkbox"/> Mancanza di respiro | |
| <input type="checkbox"/> Dolore al torace | |
| <input type="checkbox"/> Improvvisa accelerazione del battito | |
| <input type="checkbox"/> Altro..... | |

INTERVENTI CHIRURGICI/RICOVERI - FRATTURE/LUSSAZIONI/DISTORSIONI

(segnalare data e tipo di evento).....
.....

- | | | |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fumo | <input type="checkbox"/> Alcolici | <input type="checkbox"/> Ultimo ciclo mestruale..... |
| <input type="checkbox"/> Caffè | <input type="checkbox"/> Età prima mestr. | <input type="checkbox"/> Menopausa |
| | | <input type="checkbox"/> Gravidanze..... |

- Visite mediche per idoneità sportiva precedenti SI NO
- Eventuali dichiarazioni precedenti di non idoneità' SI NO
(SE SI motivo.....)
- Eventuali visite in sospeso per accertamenti , presso altre strutture NO

Data.....Firma.....

Da compilare in caso di impossibilità ad accompagnare il minore:

delego il /la sig/sig.ra.....

ad accompagnare il minore (**allegare copia del documento del genitore**)

firma del genitore.....