

RACCOLTA DATI CLINICI PERSONALI PER LA VISITA DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA

DATI ANAGRAFICI DELL'ATLETA (cortesemente compilare in stampatello)

Cognome			
Nome (anche secondo nome)			
Data nascita		Luogo nascita	
Indirizzo			
Comune		CAP	
Cellulare			

Nella famiglia dell'ATLETA (genitori, fratelli, nonni, ecc.) si sono mai verificate le seguenti patologie?

Se si indicare nella colonna quale/i familiare/i e a che età ↓

MALATTIE CARDIOVASCOLARI	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	
ICTUS	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	
IPERTENSIONE ARTERIOSA	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	
MORTE IMPROVVISA GIOVANILE (< 40 anni)	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	
DIABETE	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	
ALTRO _____		
ALTRO _____		

Ha mai avuto diagnosi <u>accertata</u> di infezione covid19?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quando:
Ha avuto febbre >37,5° negli ultimi 14 giorni?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	
Sono mai stati richiesti accertamenti a seguito di visite di idoneità sportiva?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quali e quando:
L'atleta è nato/a prematuro/a e/o ha avuto disturbi nel 1° anno di vita?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quali disturbi:
Ha mai avuto episodi convulsivi?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare se ha subito trattamenti con farmaci e quali:
Ha mai avuto svenimenti?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare in quale/i occasione/i:
Ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quando e in quale/i occasione/i:
Soffre di asma?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	

Soffre di allergie?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	A cosa e che terapie utilizza?
Ha subito ricoveri ospedalieri per malattia?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quale/i e quando:
Ha subito interventi chirurgici?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quale/i e quando:
Ha subito fratture/distorsioni?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quale/i e quando:
Ha sofferto o soffre attualmente di qualche patologia?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quale/i e quando:
Assume regolarmente farmaci?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare quale/i:
Consuma alcolici?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare la quantità giornaliera:
Fuma?	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>	Indicare la quantità giornaliera:

ULTERIORI NOTE:

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.

Sesto San Giovanni, data _____

Firma dell'atleta (o del genitore/tutore/delegato in caso di minore)
