



A.S.L. TO1

Azienda Sanitaria Locale
Torino

SEDE LEGALE: Via San Secondo, 29
10128 TORINO - Tel. + 39 011 5661566

e-mail: info@aslto1.it - web: www.aslto1.it
posta certificata: aslto1@postecert.it

C.F. P.I. 09737640012

DIPARTIMENTO INTEGRATO DELLA PREVENZIONE

S.S. MEDICINA DELLO SPORT

Via Farinelli 25 – presso Presidio Valletta – 10135 Torino

tel.: 011-5664099 fax: 011-5664004

*QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER VISITA DI IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO
PER ATLETI MINORENNI*

N.B. : da consegnare al medico, compilato e firmato, al momento della visita

ATLETA : _____
Cognome e nome

Gent.mo Sig./ra, La preghiamo fornirci le seguenti informazioni circa la Sua salute:

- ◆ Quali malattie ha avuto finora ? _____

- ◆ Interventi chirurgici / ricoveri ospedalieri? _____

- ◆ Fratture o infortuni gravi? _____
- ◆ Ha mai avuto svenimenti? no sì _____ convulsioni? no sì _____
- ◆ Tra i Suoi familiari (genitori, fratelli, nonni, zii) si sono verificate le seguenti patologie (se si specificare):
 - casi di morte improvvisa in età giovanile (prima dei 40 anni di età)? no sì _____
 - malattie cardio-vascolari (esempio: infarto, ipertensione arteriosa, ictus) no sì _____
 - malattie metaboliche (esempio: diabete, ipercolesterolemia) no sì _____
 - altre malattie su base familiare/ereditaria (favismo, talassemia, malattie della tiroide etc.) no sì _____
- ◆ Sta assumendo medicine? no sì se sì, quali e per quale motivo _____
- ◆ E' fumatore? no sì Assume alcolici? no sì Fa uso di sostanze stupefacenti? no sì
- ◆ E' seguito dal medico per qualche problema ? no sì se sì, per quale motivo _____

Dichiarazione : io sottoscritto _____ in qualità di padre/madre dell'atleta minore sopraindicato, consensualmente all'altro genitore, dichiaro di avere esattamente informato il medico circa le attuali condizioni di salute e le precedenti malattie del/la figlio/a e che lo stesso non è mai stato dichiarato **non idoneo** in precedenti visite medico-sportive.

In fede

Data, _____

Firma: _____