

VISITA MEDICO SPORTIVA NON AGONISTICA

NOME _____ **COGNOME** _____

DATA DI NASCITA ___/___/___ **LUOGO DI NASCITA**
tel. _____

RESIDENZA Via _____ n ° _____ **località** _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (Se la risposta è SI specificare il familiare e tipo di patologia)

Morte improvvisa **no si** _____

Malattie di cuore **no si** _____

Ipertensione **no si** _____ Diabete **no si** _____

Altre patologie **no si** _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA **FUMO** **no si** _____

Malattie di cuore **no si** _____

Ipertensione **no si** _____ Asma **no si** _____

Diabete **no si** _____ Altre malattie (es tiroide) **no si** _____

Ha avuto diagnosi di infezione o recenti sintomi riferibili (es.TC>37,5,tosse,astenia,dispnea) a Covid-19? Ha avuto recenti contatti a rischio con persone affette da Covid-19? **no si** _____

TRAUMI SPORTIVI E/O FRATTURE/ TRAUMI CRANICI **no**

Se sì quali _____

RICOVERI OSPEDALIERI o INTERVENTI **no**

Se sì quali _____

PATOLOGIE IN ATTO **no**

Se s' quali _____

TERAPIE IN ATTO o USO ABITUALE DI FARMACI **no**

Se sì quali _____

SINTOMI come SVENIMENTO, CARDIOPALMO, DIFFICOLTA' DI RESPIRO, DOLORE AL PETTO a riposo o sotto sforzo **no**

Se sì specificare _____

Il genitore/L'interessato ha fornito il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili dell'atleta e alla consultazione della documentazione pregressa

Firma _____

ESAME OBIETTIVO: _____

_____ PAO ___/___

Medico _____