



Strada Circonvallazione Sud 21/B – 46100 Mantova Tel. 0376449657 – medsport.mn@mantovalasalus.it
Via Garibaldi, 81 – 46043 Castiglione D/St Tel. 0376635560 – medsport.cs@mantovalasalus.it
Via F. Mitterand, 2 - 46029 Suzzara Tel. 0376 508303 – medsport.sz@mantovalasalus.it

**SCHEDA PER LA RACCOLTA ED IL RACCORDO DEI DATI SANITARI
PER SOGGETTI MINORENNI**

ATTENZIONE! Questa scheda serve per portare a conoscenza del medico visitatore eventuali condizioni che possono limitare o controindicare una determinata attività agonistica: per questo è richiesta la massima cura nella sua compilazione.

DATI IDENTIFICATIVI DI CHI SI SOTTOPONE ALLA VISITA

COGNOME _____ **NOME** _____ **NATO IL** _____

E' LA PRIMA VOLTA CHE SI SOTTOPONE AD UNA VISITA PER L'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO/
NON AGONISTICO?

NO

SI

dov'è stato visitato l'ultima volta?

quando (indicare l'anno)

ha mai fatto visite (dal curante o dal pediatra)

SI NO

(CONTINUARE NELLA COMPILAZIONE)

**VI E' STATO QUALCHE CAMBIAMENTO NEI
DATI SANITARI RISPETTO ALL'ULTIMA VOLTA CHE
L'INTERESSATO SI E' SOTTOPOSTO A VISITA?**

SI

NO → **STOP**

**SE LA RISPOSTA E' "SI"
CONTINUARE**

**SE LA RISPOSTA E' "NO" PROSEGUIRE UGUALMENTE
SOLO SE L'ATLETA NON HA MAI FATTO VISITE IN
QUESTO CENTRO,
ALTRIMENTI STOP.**

DATA _____

FIRMA DI UN GENITORE _____

RACCOLTA DATI SANITARI

DATI RIFERITI AI FAMILIARI:

QUALCUNO DEI FAMILIARI E' O E' STATO PORTATORE DI UNA QUALSIASI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

			descrivere il tipo	chi ce l'ha avuta
malattie del cuore (cardiopatie) di qualsiasi natura (angina pectoris, infarto, aritmie, cardiomiopatie, morte improvvisa..)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		
malattie delle valvole del cuore	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		
ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		
diabete mellito	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		
altre malattie	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no		

DATI RIFERITI ALL'INTERESSATO:L'INTERESSATO E' O E' STATO PORATORE DI UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE O CONDIZIONI

		descrivere la malattia o condizione
malattie congenite del cuore	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
malattie delle valvole del cuore	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
cardiopatie di qualsiasi altra natura	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
diabete mellito	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
asma bronchiale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
malattia epilettica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
crisi convulsive	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
allergia	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
malattie del sangue	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
malattie del sistema immunitario	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
altre malattie o condizioni diverse da quelle in elenco	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

L'INTERESSATO E' STATO RICOVERATO IN OSPEDALE? SI NO

ANNO	IN QUALE OSPEDALE	PER QUALE MOTIVO
1		
2		
3		

L'INTERESSATO E' O E' STATO IN CURA CON DEI FARMACI (medicine)? SI NO

QUALI _____

DATI RIFERITI ALLA STORIA SPORTIVA:

DA QUANTO TEMPO PRATICA LO SPORT PER IL QUALE RICHIEDE QUESTA VISITA? _____

HA FATTO ALTRI SPORT PRECEDENTEMENTE?

 SI NO

QUALI _____

L'INTERESSATO HA MAI RIFERITO O HA MAI DIMOSTRATO DI AVERE "DEI PROBLEMI" (es.: affanno respiratorio esagerato o insolito, palpitazione del cuore, dolore insolito nella zona del cuore) DURANTE L'ATTIVITA' FISICA CHE NORMALMENTE PRATICA O HA PRATICATO? SI NO

QUALI _____

E' MAI "STATO MALE" (es. svenimento) DURANTE UNA GARA O PARTITA O COMPETIZIONE?

 SI NO

RICORDA _____

E' CONVENIENTE ALLEGARE ALLA PRESENTE TUTTI I DOCUMENTI SANITARI IN POSSESSO (referti, risposte di esami fatti etc.) - se non già presenti in precedenza - PER FARLI VISIONARE AL MEDICO VISITATORE. IN CASO CONTRARIO SI SARA' COSTRETTI A RITORNARE PER CONSEGnarLI SUCCESSIVAMENTE!!!

DATA _____

FIRMA DI UN GENITORE/LEGALE RAPPRESENTATE DEL MINORE _____

RICORDA _____

LA SEGUENTE SEZIONE E' DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE CON RIFERIMENTO A MINORI **NON** ACCOMPAGNATI ALLA VISITA DA GENITORI/LEGALI RAPPRESENTATI.

Il sig./la sig.ra _____, genitore o legale rappresentante dell'interessato, autorizza _____ a conoscere le informazioni raccolte tramite il presente modulo, necessarie a valutare eventuali condizioni che possono limitare o controindicare una determinata attività agonistica, e a comunicarle al personale medico di Ortorad Srl per l'erogazione della prestazione richiesta.

DATA _____

FIRMA DI UN GENITORE/LEGALE RAPPRESENTATE DEL MINORE _____