

**Dr Gianfranco Stupar**

*Specialista in Medicina dello Sport e in Medicina Interna  
Socio Ordinario F.M.S.I. (tesserato n°14403) – C.I.A.R.M.S. FVG: 37019*

**Dr.ssa Elena Vecile**

*Specialista in Medicina dello Sport C.I.A.R.M.S. FVG: 30593*

Studi Medici: - WellnessMed Via Torrebianca, 28 Trieste  
- Contrada Collalto, 15/A 33057 Palmanova (UD) c/o Poliambulatorio San Marco  
tel. 339 1139977

**SCHEDA ANAMNESTICA**

Cognome: ..... Nome: ..... D.N.: .../.../.....

Tel: ..... Attività di studio/lavoro: .....

**A. ANAMNESI SPORTIVA**

Sport per il quale è richiesta la visita? ..... Società: .....

Da quanti anni pratica questo sport? ..... Quante ore dedica allo sport alla settimana? .....

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica? .....

Sport praticati in passato: .....

Prima visita  Rinnovo  E' stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? Si  No

**B. ANAMNESI FAMILIARE**

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore NO  SI  Mal. Tiroidee NO  SI

Morte improvvisa NO  SI  Celiachia NO  SI

Infarto del miocardio NO  SI  Mal. Neurologiche NO  SI

Ipertensione arteriosa NO  SI  Tumori NO  SI

Colesterolo alto NO  SI  Asma/Allergie NO  SI

Diabete Mellito NO  SI  Malattie Polmonari NO  SI

Sovrappeso/Obesità NO  SI  Altre malattie NO  SI

**C. ANAMNESI FISIOLGICA**

È nato a termine SI  NO  da parto naturale SI  NO  Allattamento al seno SI  NO

Consuma frutta e verdura raramente  2-3/sett.  4-5/sett.  ogni giorno

Vaccinazione antitetanica NO  NON SO  SI  ultimo richiamo: .....

Fuma NO  EX  SI  Se **si**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo .....

Beve alcolici MAI  saltuariamente  SI  quanto? .....

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO  SI  quanto? .....

Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari NO  SI

Se **si**, quali .....

Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO  Normali  Alterati:  .....

Età prima mestruazione ..... anni Menopausa: NO  SI  all'età di ..... anni

Anomalie del ciclo mestruale NO  SI  Gravidanze NO  SI  .....

### D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha attualmente qualche problema di salute? SI  NO

Ha sempre goduto di buona salute? SI  NO

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie gastro-intestinali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Otiti/Sinusiti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/vie biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie muscolo-scheletriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Dolore toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Vertigini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie oculari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Alterazioni alvo/diuresi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Disturbi del sonno	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO  SI  interventi chirurgici NO  SI

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età .....

.....  
.....  
.....

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO  SI

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età .....

.....  
.....  
.....

Usa occhiali/lenti a contatto NO  SI  motivo: .....

Usa plantari/talloniere NO  SI  motivo: .....

Firma del dichiarante

(o di un genitore o esercente la patria potestà per atleti minorenni)

Luogo e Data

..... / ..... / .....

Note:

.....

**Dr Gianfranco Stupar**

*Specialista in Medicina dello Sport e in Medicina Interna  
Socio Ordinario F.M.S.I. (tessera n°14403) – C.I.A.R.M.S. FVG: 37019*

**Dr.ssa Elena Vecile**

*Specialista in Medicina dello Sport C.I.A.R.M.S. FVG: 30593*

Studi Medici: - WellnessMed Via Torrebianca, 28 Trieste  
- Contrada Collalto, 15/A 33057 Palmanova (UD) c/o Poliambulatorio San Marco  
tel. 339 1139977

- **DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI**
- **CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ANAMNESTICI E PERSONALI Decreto Legislativo 196/2003**
- **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI**
- **DELEGA AL RITIRO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA'**

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti, sono veri e riferiti da me stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute.

Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e alla prova da sforzo (test dello scalino per tre minuti - Step Test).

Ai sensi del DL 196/2003 ("codice in materia di protezione dei dati personali"), avente per oggetto i dati sensibili, acconsento al trattamento dei dati anamnestici e personali finalizzato al solo espletamento delle pratiche sanitarie e procedure amministrative necessarie alla certificazione del giudizio di idoneità sportiva e successiva comunicazione agli Enti preposti (Società di appartenenza, Azienda per i Servizi Sanitari, Assessorato regionale competente, Federazione Sportiva di appartenenza).

Acconsento alla loro conservazione per i tempi legalmente previsti.

Inoltre delego i dirigenti preposti della Società o Federazione Sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità qualora non lo faccia personalmente.

Trieste lì .....

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_  
(o di genitore o esercente la patria potestà per atleti minorenni)

**AII.1**

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

attesta

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- di non aver avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- di non aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera).

In fede,

\_\_\_\_\_  
*[data e firma]*

\_\_\_\_\_  
**Note**

1. In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da entrambi i genitori.
2. 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.