



# ISTITUTO DI MEDICINA DELLO SPORT DI TORINO - F.M.S.I.



Centro di Eccellenza Federale per la Ricerca in Medicina dello Sport

STADIO OLIMPICO-GRANDE TORINO- Via Filadelfia, 88 – 10134 Torino

Tel. 011.396.275 r.a. – Fax 011.325.003 – [www.imsto.it](http://www.imsto.it)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In famiglia (padre, madre, nonni, zii) soffrono o hanno sofferto di:

- diabete **si no**
- asma **si no**
- ipertensione arteriosa **si no**
- cardiopatia ischemica o infarto **si no**
- aritmie cardiache **si no**
- ictus **si no**
- colesterolo molto alto **si no**
- anemia mediterranea **si no**
  
- altre malattie a carattere ereditario \_\_\_\_\_
  
- In famiglia ci sono stati casi di morte improvvisa ed inspiegata in età non superiore ai 40-45 anni **si no**
  
- Segnalare se in famiglia qualcuno soffre, ha sofferto di Cardiomiopatia Ipertrofica, Cardiomiopatia aritmogena, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Wolf Parkinson White, Brugada  
\_\_\_\_\_

## ANAMNESI SPORTIVA:

- Quale sport pratica principalmente? \_\_\_\_\_
- Quante volte la settimana? \_\_\_\_\_ per quante ore complessive? \_\_\_\_\_
- Per i giochi di squadra in quale ruolo gioca? \_\_\_\_\_
- Fa gare? **si no**
- Se fa gare, a quale livello?: provinciale, regionale, nazionale, internazionale: \_\_\_\_\_.
- Ha vinto qualche titolo? \_\_\_\_\_
- Pratica altri sport, se si quali \_\_\_\_\_

Ha fatto la visita di idoneità agonistica l'anno scorso? **si no**

E risultato idoneo? **si no**

Negli anni è mai stato dichiarato non idoneo alla pratica di sport agonistici? **si no**

In occasione delle precedenti visite di idoneità sono mai stati chiesti degli esami in più (specificare esame e motivo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANAMNESI FISIOLGICA:

- Soffre di insonnia **si no**
- Soffre di stitichezza **si no** ha spesso diarrea **si no** dolori addominali **si no**
- Soffre di bruciori di stomaco **si no**
- Soffre di enuresi (perdita di urine notturne frequenti): **si no**
- Alimentazione :  **scarsa**  **normale**  **abbondante**

## VACCINAZIONI:

E stato vaccinato contro:

- Morbillo, orecchioni, pertosse, rosolia **si no**
- Poliomielite **si no**
- Differite **si no**
- Haemophilus **si no**
- Pneumococco **si no**
- Epatite **si no**
- Meningococco **si no**
- Papilloma virus **si no**
- in che anno ha fatto l'ultima antitetanica: \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PATOLOGICA:**

Soffre di allergie? **si** **no**

**Se ha risposto si completare le seguenti domande:**

A cosa è allergico? \_\_\_\_\_

L'allergia si manifesta con:

- Disturbi agli occhi (congiuntivite) **si** **no**
- Raffreddore **si** **no**
- Asma **si** **no**
- Reazioni della pelle **si** **no**
- Diarrea **si** **no**
- E' stato necessario un ricovero URGENTE in ospedale? **si** **no**
- Ha fatto mai vaccini specifici? **si** **no**
- Quali farmaci assume per l'allergia? \_\_\_\_\_
- Se assume dei farmaci, li assume per quanto tempo (al bisogno, tutto l'anno, in primavera)? \_\_\_\_\_

Quali di queste malattie ha avuto?

- varicella **si** **no**
- parotite (orecchioni) **si** **no**
- morbillo **si** **no**
- rosolia **si** **no**
- pertosse **si** **no**
- scarlattina **si** **no**
- mononucleosi **si** **no**
- epatite **si** **no** di che tipo : **A B C**
- salmonellosi **si** **no**
- otite media acuta **si** **no**
- polmonite **si** **no**
- pleurite **si** **no**
- bronchiolite **si** **no**
- meningite **si** **no**
- epilessia **si** **no**
- celiachia **si** **no**
- diabete **si** **no**
- altre \_\_\_\_\_

- patologie cardiache **si** **no** (se si, quali? \_\_\_\_\_)
- patologie respiratorie **si** **no** (se si, quali? \_\_\_\_\_)
- patologie neurologiche **si** **no** (se si, quali? \_\_\_\_\_)
- altre patologie da segnalare? \_\_\_\_\_

**INFORTUNI (indicare in quale anno e la sede):**

- fratture \_\_\_\_\_
- traumi cranici con perdita di coscienza \_\_\_\_\_
- lesioni muscolari guarite in più di un mese \_\_\_\_\_
- distorsioni guarite in più di un mese \_\_\_\_\_
- Per qualcuno di questi infortuni è stato necessario un intervento chirurgico (quale e quando)? \_\_\_\_\_

**PROBLEMI OSTEO/ARTICOLARI, POSTURALI**

- displasia congenita dell'anca **si** **no**
- piede piatto **si** **no**
- piede cavo **si** **no**
- scoliosi **si** **no**
- ipercifosi (gobba) dorsale **si** **no**
- altri problemi \_\_\_\_\_
- specificare che tipo di cura hanno richiesto gli eventuali problemi ossei, articolari, posturali \_\_\_\_\_

**INTERVENTI CHIRURGICI**

- appendicectomia **si** **no**
  - tonsillectomia **si** **no**
  - adenoidectomia **si** **no**
  - drenaggio timpanico **si** **no**
  - ernia inguinale **si** **no**
  - altri interventi (sede, tipo ed anno) \_\_\_\_\_
- 

**APPARATO DENTALE**

- porta o ha portato l'apparecchio ortodontico? **si** **no**
- è in cura per carie? **si** **no**

**DISTURBI VISIVI**

- usa occhiali? **si** **no**
- usa lenti a contatto? **si** **no**
- se usa le lenti a contatto le usa solo o anche per praticare sport? **si** **no**
- se porta occhiali per quale disturbo visivo?:
  - Miopia **si** **no**
  - Astigmatismo **si** **no**
  - Ipermetropia **si** **no**
  - Strabismo **si** **no**
  - quale altro disturbo visivo? \_\_\_\_\_

**TERAPIA**

- assume farmaci? **si** **no** ( se si, quali? \_\_\_\_\_ )
- assume integratori? **si** **no** ( se si, quali? \_\_\_\_\_ )

**ALTRO DA SEGNALARE**


---



---



---

**DICHIARAZIONE**

Io sottoscritto dichiaro di aver informato in maniera completa l'Istituto di Medicina dello Sport di Torino delle attuali condizioni psico-fisico e delle affezioni precedenti di mio figlio.

**FIRMA LEGGIBILE DEL GENITORE DICHIARANTE** \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Autorizzo l'Istituto di Medicina dello Sport di Torino ad utilizzare i dati clinici di mio figlio per la statistica e la ricerca esclusivamente all'interno dell'Istituto in forma anonima (D. Lgs. 196/2003).

**FIRMA LEGGIBILE DEL GENITORE DICHIARANTE** \_\_\_\_\_

Per quanto riguarda il trattamento dei dati personali sensibili, nei limiti in cui sia strumentale per la finalità perseguita dall'operazione o dal servizio, ai sensi dell'Art. 26 del Dlg 196/2003, esprimo il consenso.

Per quanto riguarda la comunicazione dei dati personali a soggetti che svolgono attività funzionalmente collegate all'esecuzione delle operazioni o dell'esercizio, esprimo il consenso.

Esprimo altresì il mio impegno a comunicare tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in vostro possesso

**FIRMA LEGGIBILE DEL GENITORE DICHIARANTE** \_\_\_\_\_