



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

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 FISIOLÓGICA:

- 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

Ai sensi degli artt. 6-8 del Reg.(UE) 2016/679,

io sottoscritto/a _____ in qualità di

[1] soggetto interessato

[2] familiare (indicare il grado di parentela _____), facente le veci del sottoindicato soggetto interessato, nei confronti del quale dichiaro non esistere nessun provvedimento di tutela

[3] tutore legale pro-tempore del sottoindicato soggetto interessato, nominato con provvedimento numero _____ del ____/____/____, emesso da _____

Per conto di:

nome e cognome _____

nato a _____ prov. _____, il ____/____/____,

residente in (comune) _____ (indirizzo) _____

Confermo di aver preso atto dell'informativa di cui sopra, relativa al trattamento dei miei dati e/o dei dati della persona che rappresento, da parte dell'Istituto di Medicina dello Sport di Torino—mediante strumenti elettronici e non, in Italia, in UE e all'Estero.

Confermo di aver preso visione dei miei diritti in qualità di interessato ad operazioni di trattamento e pertanto

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati all'interno della banca dati visite specialistiche, con le finalità e le garanzie riportate all'interno dell'informativa e del GDPR

Luogo, data _____

Firma _____

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati all'interno della banca dati esami strumentali, con le finalità e le garanzie riportate all'interno dell'informativa e del GDPR

Luogo, data _____

Firma _____

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati all'interno della banca dati esami di laboratorio, con le finalità e le garanzie riportate all'interno dell'informativa e del GDPR

Luogo, data _____

Firma _____

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati all'interno della banca dati ricerca istituto, con le finalità e le garanzie riportate all'interno dell'informativa e del GDPR

Luogo, data _____

Firma _____

Autorizzo Non autorizzo il trattamento dei miei dati personali con la finalità di ottimizzare i servizi e le procedure di interfacciamento con l'Istituto di Medicina dello Sport di Torino, e a tal conferisco

e-mail _____

cellulare _____

Indirizzo _____

Luogo, data _____

Firma _____