



# A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale  
di Novara  
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
[www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO ATLETI MINORENNI

Gent.mo genitore,

ci è indispensabile per la visita medico sportiva agonistica la compilazione del seguente questionario in ogni sua parte (anche in caso di negatività o assenza di malattia). Particolare attenzione va posta alla familiarità per malattie cardiache e metaboliche (diabete) e a tutto ciò che riguarda il minore.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

padre/madre del minore \_\_\_\_\_

dichiara che quanto esposto nel seguente modulo corrisponde alla realtà e che il **minore non è mai stato dichiarato non idoneo** in precedenti visite medico sportive agonistiche.

**IN FAMIGLIA** (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, cugini...) qualcuno ha sofferto di:

Malattie cardiache e/o circolatorie (infarto, ipertensione, aritmie, cardiomiopatie valvolari...)

NO SI chi? quali? \_\_\_\_\_

A che età? \_\_\_\_\_

Diabete mellito NO SI chi? \_\_\_\_\_ fa insulina NO SI

Malattie respiratorie NO SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie neurologiche NO SI quali? \_\_\_\_\_

Morti improvvise NO SI chi? \_\_\_\_\_ perchè? \_\_\_\_\_ a che età? \_\_\_\_\_

Altre malattie quali? \_\_\_\_\_

**IL MINORE** Soffre o ha sofferto di:

Malattie comuni dell'infanzia (morbillo, rosolia, varicella, pertosse, parotite)

NO SI quali? \_\_\_\_\_

Diabete mellito NO SI \_\_\_\_\_ fa insulina NO SI

Malattie cardiache NO SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie respiratorie NO SI quali? \_\_\_\_\_

Malattie neuropsichiatriche NO SI quali? \_\_\_\_\_

Epilessia NO SI \_\_\_\_\_

Altre malattie quali? \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici (tonsille, adenoidi, appendicite, ernia inguinale, altro)

NO SI quali? \_\_\_\_\_

Infortuni (fratture, distorsioni, lussazioni, traumi cranici, altro)

NO SI quali? \_\_\_\_\_

E' mai stato ricoverato NO SI perchè? \_\_\_\_\_

Assume farmaci NO SI quali? \_\_\_\_\_

Eventuali altre segnalazioni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

Esprimo consenso all'utilizzo dei dati ai fini statistici e scientifici ed all'effettuazione di tutti gli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità sportiva.

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore \_\_\_\_\_

**PRESENTARSI IL GIORNO \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_**

(SI CONSIGLIA ABBIGLIAMENTO COMODO, NON SERVE IL DIGIUNO).

RICORDARSI DI PORTARE: \* CAMPIONE DI URINE DEL MATTINO; \* TESSERA SANITARIA; \* RICHIESTA SOCIETÀ SPORTIVA.

**N.B. IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ AD EFFETTUARE LA VISITA SI RACCOMANDA DI DISDIRE LA STESSA CON TEMPESTIVITÀ E SOLLECITUDINE ALLO 0321-374340**



**SI RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE**

[www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)

Azienda Sanitaria Locale ASL NO  
S.C. SISF Funzione di Medicina dello Sport  
Responsabile Dr Aniello Esposito  
Tel 0321/374340 fax 0321/374341  
[medsportiva.nov@asl.novara.it](mailto:medsportiva.nov@asl.novara.it)