



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC asfo.protgen@certisanita.fvg.it

Vaccinazione antitetanica SI NO Ultimo richiamo _____

Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari SI NO Se sì quali? _____

Soffre di allergie? SI NO Se sì quali? _____

L'ATLETA HA SUBITO:

ricoveri ospedalieri? SI NO Interventi chirurgici SI NO
Se sì indicare il tipo di ricovero e/o tipo di intervento _____

L'atleta ha mai eseguito approfondimenti per il cuore? (es. holter, ecografia cardiaca, RMN cuore..) SI NO

L'atleta ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti o dopanti? SI NO

SINTOMI DA SFORZO:

L'atleta è mai svenuto durante o dopo uno sforzo fisico? SI NO

L'atleta ha mai riferito difficoltà respiratorie durante lo sforzo tali da sospendere l'attività? SI NO

L'atleta ha mai avuto malessere, dolore al torace, oppressione durante lo sforzo? SI NO

Il questionario è personale e va compilato dall'atleta se maggiorenne, dal genitore se minorenne.

La casella di scelta SI NO dovrà essere sempre barrata.

Il sottoscritto dichiara di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni di salute psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarata NON IDONEO alle precedenti visite medico sportive agonistiche e/o non agonistiche e di NON aver iniziato presso altre strutture visite medico sportive agonistiche e/o non agonistiche negli ultimi 6 mesi.

Data _____

Firma del genitore se l'atleta è minorenne

Firma dell'atleta maggiorenne

(firma del genitore o legale rappresentante)

(firma dell'atleta)

Firma del medico specialista Med.Sport

(firma del medico)