

## DICHIARAZIONE

Il sottoscritto

(se minorenni) Genitore di

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE o DOCUMENTO \_\_\_\_\_

### ATTESTA

- di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19
- aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 in data.....con tampone negativo il.....
- 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 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)
- di aver avuto contatti a rischio con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, eccetera)
- di non essere stato all'estero negli ultimi 15 giorni
- di essere stato all'estero negli ultimi 15 giorni

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. VACCARINO, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2. Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale /Ente di Promozione Sportiva /Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport/ Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

### ACCONSENTO

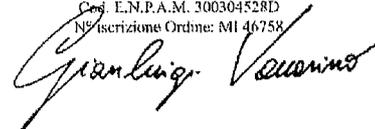
Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma del Medico dello sport

Dott. Gianluigi Vaccarino  
Medico Chirurgo  
Specialista in Medicina dello Sport  
Cod. E.N.P.A.M. 300304528D  
N° Iscrizione Ordine: MI 46758



# QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Atleta – COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANAMNESI FAMILIARE

Con riferimento a genitori, nonni e fratelli dell'Atleta, ci sono stati casi di:

malattie cardiovascolari  ictus  ipertensione  diabete  morte improvvisa  nessuno dei precedenti

## ANAMNESI FISIOLOGICA

Frequenza settimanale dell'attività sportiva esercitata dall'Atleta  1gg  2gg  3gg  4gg  5gg  6gg  7gg

Altri indicatori di attività sportiva (es. Km percorsi) \_\_\_\_\_

L'Atleta assume regolarmente farmaci?  Si  No

Se Si quali? \_\_\_\_\_

Fumo?  Si  No

Alcool?  Si  No

Solo per l'Atleta di genere **FEMMINILE**:

Menarca  Si  No – Se Si a che età? \_\_\_\_

Menopausa  Si  No – Se Si a che età? \_\_\_\_

Data ultima mestruazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANAMNESI PATOLOGICA

L'Atleta ha mai eseguito accertamenti cardiologici per sospetto diagnostico?  Si  No

Se Si quali?  Holter ECG  Holter pressorio  ecocardio color-doppler  test sforzo massimale  RMN

altro \_\_\_\_\_

L'Atleta ha mai avuto alcuni di questi sintomi?  Si  No

battito cardiaco accelerato  extrasistoli o palpitazioni  sensazione di vertigini o svenimento  dolore toracico

mancanza improvvisa di respiro  altro \_\_\_\_\_

Se Si  a riposo  sotto sforzo

L'Atleta ha avuto episodi convulsivi?  Si  No Se Si a che età? \_\_\_\_

L'Atleta ha mai sofferto di reumatismi del sangue?  Si  No

L'Atleta ha mai sofferto di allergie?  Si  No

Se Si quali?  farmaci  alimenti  piante/erbe/polline  altro \_\_\_\_\_

L'Atleta è mai stato ricoverato in ospedale?  Si  No

Se Si per quale malattia?  di tipo renale  altro \_\_\_\_\_

Se Si per quale intervento chirurgico?  appendicectomia  tonsillectomia  ernia del disco o ernia inguinale  LCA  menisco

altro \_\_\_\_\_

L'Atleta ha mai subito infortuni significativi?  Si  No

Di che tipo?  fratture  distorsioni  lussazioni Da Sport?  Si  No

Tipologia di frattura:  omero  radio  ulna  femore  tibia  perone  altro \_\_\_\_\_

Tipologia di distorsione:  ginocchio  caviglia  polso  gomito

L'Atleta ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza?  Si  No Se Si a che età? \_\_\_\_

L'Atleta attualmente soffre di qualche patologia?  Si  No

Se Si quali?  epilessia  diabete  allergie  ipertensione  altro \_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore \_\_\_\_\_