



**ASL**  
CITTÀ DI TORINO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino

☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

**S.S.D. Medicina dello Sport**

Presidio Valletta - via Farinelli 25 - 10135 Torino

telefono 011.5664099 fax 011.5664004

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER VISITA DI IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO  
**PER ATLETI MINORENNI**

**N.B. : da consegnare al medico (compilato e firmato) al momento della visita**

ATLETA : \_\_\_\_\_  
Cognome e nome

Gent.mo Sig./ra, La preghiamo fornirci le seguenti informazioni circa la salute di Suo/a figlio/a:

- ◆ Quali malattie ha avuto finora ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ◆ Interventi chirurgici / ricoveri ospedalieri? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ◆ Fratture o infortuni gravi? \_\_\_\_\_
- ◆ Ha mai avuto svenimenti?  no  sì \_\_\_\_\_ convulsioni?  no  sì \_\_\_\_\_
- ◆ Tra i Suoi familiari (genitori, fratelli, nonni, zii) si sono verificate le seguenti patologie (se sì specificare):
  - casi di morte improvvisa in età giovanile (prima dei 40 anni di età)?  no  sì  
\_\_\_\_\_
  - malattie cardio-vascolari (esempio: infarto, ipertensione arteriosa, ictus)  no  sì  
\_\_\_\_\_
  - malattie metaboliche (esempio: diabete, ipercolesterolemia)  no  sì  
\_\_\_\_\_
  - altre malattie su base familiare/ereditaria (favismo, talassemia, malattie della tiroide etc.)  no  sì  
\_\_\_\_\_
- ◆ Sta assumendo medicine?  no  sì se sì, quali e per quale motivo \_\_\_\_\_
- ◆ E' fumatore?  no  sì Assume alcolici?  no  sì Fa uso di sostanze stupefacenti?  no  sì
- ◆ E' seguito dal medico per qualche problema ?  no  sì se sì, per quale motivo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dichiarazione** : io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di padre/madre dell'atleta minore sopraindicato, consensualmente all'altro genitore, dichiaro di avere esattamente informato il medico circa le attuali condizioni di salute e le precedenti malattie del/la figlio/a e che lo stesso non è mai stato dichiarato **non idoneo** in precedenti visite medico-sportive. In fede

Data, \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

