



cura salute

POLIAMBULATORIO / DIAGNOSTICA
PRELIEVI / RIABILITAZIONE

Nominativo: _____ Codice fiscale: _____

Data e luogo di nascita: _____ Città: _____

Indirizzo: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (Se la risposta è "sì", specificare il familiare e tipo di patologia)

Morte improvvisa ☐ no ☐ sì _____

Malattie di cuore ☐ no ☐ sì _____

Ipertensione ☐ no ☐ sì _____ Diabete ☐ no ☐ sì _____

Altre patologie ☐ no ☐ sì _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA FUMO ☐ no ☐ sì _____ quante sigarette al giorno? _____

Malattie di cuore ☐ no ☐ sì _____

Ipertensione ☐ no ☐ sì _____ Asma ☐ no ☐ sì _____

Diabete ☐ no ☐ sì _____ Altre malattie (es. tiroide) ☐ no ☐ sì _____

Ha avuto diagnosi di infezione o recenti sintomi riferibili (es. TC > 37,5, tosse, astenia, dispnea) a Covid-19? Ha avuto recenti contatti a rischio con persone affette da Covid-19?

☐ no ☐ sì _____

TRAUMI SPORTIVI E/O FRATTURE/ TRAUMI CRANICI ☐ no ☐ sì

Se sì quali _____

RICOVERI OSPEDALIERI o INTERVENTI ☐ no ☐ sì

Se sì quali _____

PATOLOGIE IN ATTO ☐ no ☐ sì

Se sì quali _____

TERAPIE IN ATTO o USO ABITUALE DI FARMACI ☐ no ☐ sì

Se sì quali _____

SINTOMI come SVENIMENTO, CARDIOPALMO, DIFFICOLTÀ DI RESPIRO, DOLORE AL PETTO a riposo o sotto sforzo ☐ no ☐ sì

Se sì specificare _____

Il genitore/L'interessato ha fornito il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili dell'atleta e alla consultazione della documentazione pregressa.

Firma paziente/genitore/tutore legale _____

ESAME OBIETTIVO: _____ **PAO** _____ / _____

Bovolone, _____

Firma Medico _____