



curaesalute

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 \_\_\_\_\_

Iipertensione  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 \_\_\_\_\_

Iipertensione  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 \_\_\_\_\_