

FOGLIO ANAMNESTICO (Allegato B)

COGNOME E NOME DELL'ATLETA **NATO IL**

Notizie riguardanti la FAMIGLIA dell'atleta (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii)

Segnare **SI** se è presente la malattia di cui un familiare soffre/ha sofferto; segnare **NO** se non presente

Malattia di cuore	si	no	.....	Malattie della Tiroide	si	no	.....
(Infarto, Angina, Aritmie, Cardiomiopatia, Valvulopatia, ...)				Asma/allergie	si	no	.....
Ipertensione	si	no	.....	Malattie Tumorali	si	no	.....
(Ictus Cerebrale, TIA, ..)				Morte Improvvisa prima dei 40 aa per cardiopatia			
Vasculopatie	si	no	.....		si	no	.....
(Emorragie cerebrali, Varici, ...)				Altre malattie non elencate			.....
Diabete	si	no	.....			

Notizie riguardanti l'ATLETA

Segnare **SI** se è presente la malattia di cui l'ATLETA soffre/ha sofferto; segnare **NO** se non presente

Malattie dell'Infanzia	si	no	Bronco/polmonite	si	no	Diabete	si	no
Lussazione anca	si	no	Pleurite/TBC	si	no	Malattie tiroidee	si	no
Scoliosi/dorso curvo	si	no	Febbre reumatica	si	no	Enuresi (urina a letto)	si	no
Piede piatto/cavo	si	no	Malattie di cuore	si	no	Trauma cranico	si	no
Scapole alate	si	no	Malattie renali	si	no	Traumi sportivi/Fratture	si	no
Epatite virale	si	no	Malattie intestinali	si	no	Altro	.....
Otite/sinusite/tonsillite	si	no	Asma/allergia/eczema	si	no			

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento o sincope)?	Durante sforzo fisico	si	no
	Dopo sforzo fisico	si	no
	Non correlato allo sforzo fisico	si	no
Hai mai avuto dolore al torace o senso di costrizione/pressione al torace?	Durante sforzo fisico	si	no
	Dopo sforzo fisico	si	no
	Non correlato allo sforzo fisico	si	no
Hai mai avuto capogiri o vertigini?	Durante sforzo fisico	si	no
	Dopo sforzo fisico	si	no
	Non correlato allo sforzo fisico	si	no
Hai mai avuto difficoltà respiratoria, fischi o tosse?	Durante sforzo fisico	si	no
	Dopo sforzo fisico	si	no
	Non correlato allo sforzo fisico	si	no
Hai mai avuto palpitazioni, cardiopalmo o battito irregolare?	Durante sforzo fisico	si	no
	Non correlato allo sforzo fisico	si	no

Ricoveri per **INTERVENTO CHIRURGICO**

Tonsille/Adenoidi	si	no	Appendicite	si	no	Ortopedico	si	no
Ernia	si	no	Varicocele/Fimosi	si	no	Altro.....		

Tipo/decorso/cure/esiti sulla malattia sopracitata

L'ATLETA è guarito completamente si no disturbi rimasti.....

L'ATLETA sta assumendo terapia attualmente si no

L'ATLETA usa occhiali si no lenti corneali/notturne si no per:
 Miopia si no Astigmatismo si no Ipermetropia si no Strabismo si no

L'ATLETA usa/usava Busti Correttivi si no Rialzo/ortesi plantare si no Ginnastica Posturale si no

Il sottoscritto genitore didichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

DATA

FIRMA

TRIAGE COVID-19 (Allegato C)

Cognome	Nome	Data della Visita
---------	------	-------------------

Al fine di prevenire la diffusione delle infezioni da COVID-19, Le chiediamo di compilare il seguente questionario rispondendo con una X alle domande.

DA COMPILARE ENTRO 7 GIORNI DALLA VISITA	SI	NO
1 - Nelle ultime 3 settimane l'atleta ha manifestato sintomi riferibili ad infezione da Covid-19 tipo temperatura corporea uguale o maggiore a 37,5°C, tosse, difficoltà respiratoria, astenia, mialgie, congiuntivite, diarrea, alterazioni del gusto (ageusia, disgeusia) e dell'olfatto (anosmia)		
2 - Nelle ultime 3 settimane l'atleta ha avuto contatti con soggetti risultati positivi al virus Covid-19?		
3 - L'atleta è stato MAI sottoposto al tampone/test sierologico per Covid-19?		
4 - È stata riscontrata positività al tampone/test sierologico per Covid-19 nel nucleo familiare dell'atleta?		

NOTE

In caso di risposta affermativa **anche ad una sola domanda** si prega di comunicare con il Servizio presso cui si è stata effettuata la prenotazione (vedi recapiti nel sito web dell'azienda ULSS 8 BERICA – UOSD Servizio Attività Motoria).