

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**S.S.D. MEDICINA DELLO SPORT*****QUESTIONARIO SU MALATTIE E INFORTUNI****da consegnare compilato all'atto della visita medico sportiva.*

Il presente questionario è utile al Medico dello Sport per raccogliere notizie sulla salute del soggetto e poter fornire eventuali consigli in relazione allo sport praticato.

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Società Sportiva _____

Sport _____

Nei familiari prossimi (genitori,fratelli,sorelle,nonni,zii) ci sono stati casi di morte improvvisa, diabete,pressione alta, infarto, altre malattie della circolazione o ereditarie?

 NO SI:quali? _____E' stato ricoverato o curato per malattie importanti? NO SI:quali? _____Assume continuativamente medicinali? NO SI: quali? _____Ha avuto infortuni o problemi ortopedici? NO SI: quali e quanto tempo fa? _____Soffre di allergie? NO SI:quali _____Attualmente ha problemi di salute? NO SI: quali? _____Ha avuto svenimenti o malori durante un'attività fisica? NO SI: quando? _____E' stato giudicato **non idoneo** in visite medico sportive? NO SI:quando? _____

Luogo e data _____

Firma

(per i minorenni: genitore o legale rappresentante)