

### ANAMNESI COVID-19

Nome, Cognome : \_\_\_\_\_ data di nascita: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ casa: \_\_\_\_\_ lavoro: \_\_\_\_\_

<b>Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni <u>SINTOMI</u> di una malattia COVID-19 ?</b>		
<b>SINTOMI MAGGIORI</b>		
● Febbre > 37,5°C	si <input type="checkbox"/> quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Tosse	si <input type="checkbox"/> quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Dispnea	si <input type="checkbox"/> quando.....	no <input type="checkbox"/>
<b>SINTOMI MINORI</b>		
● Stanchezza	si <input type="checkbox"/> quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Mal di gola	si <input type="checkbox"/> quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Mal di testa	si <input type="checkbox"/> quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Dolori muscolari	si <input type="checkbox"/> quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Congestione nasale	si <input type="checkbox"/> quando.....	no <input type="checkbox"/>
<b>COVID Vaccinazione</b>	si <input type="checkbox"/> quando	no <input type="checkbox"/>
	1.Dose .....	
	2.Dose .....	
	3.Dose (Booster) .....	
<b>Ha avuto COVID negli ultimi 180 giorni?</b>		
	si <input type="checkbox"/> dal.....al.....	no <input type="checkbox"/>

Dichiaro di essere stato informato dal medico visitatore, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2. Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Data: \_\_\_\_\_

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

(per i minorenni firma del genitore)