

SCHEDA ANAMNESTICA per infezione da SARS-CoV2 (COVID-19)

Da consegnare in formato cartaceo o inviare compilata e firmata a info@sciclubcrammont.it
corredata di visita medico-sportiva in corso di validità

Cognome dell'atleta

Nome dell'atleta.....

Data e Luogo Di Nascita.....

Residenza in Via..... n°.....

Comune.....CAP..... Provincia.....Regione.....

Tel./Cell..... email.....

Disciplina sportiva.....

Dove hai fatto l'ultima visita per l'idoneità sportiva? (indica la città).....

Quando scade il tuo certificato d'idoneità agonistica?.....

Barrare la voce che interessa

- | | | |
|--|----|----|
| 1) Quest'anno hai fatto la vaccinazione anti-influenzale? | SI | NO |
| 2) Dall'inizio della pandemia ad oggi hai avuto qualcuno dei seguenti sintomi? | | |
| ✓ temperatura corporea > 37,5 °C | SI | NO |
| ✓ tosse e/o mal di gola | SI | NO |
| ✓ fiacchezza e facile affaticabilità | SI | NO |
| ✓ difficoltà di respiro a riposo o durante sforzi modesti | SI | NO |
| ✓ diarrea | SI | NO |
| ✓ nausea e/o vomito | SI | NO |
| ✓ modificazione della percezione di odori e/o gusto | SI | NO |

Se hai avuto febbre (temperatura corporea > 37,5 °C), quando e per quanti giorni l'hai avuta?

.....

Se hai avuto uno o più sintomi, quale è durato più a lungo ed in linea di massima quanti giorni è durato?

.....

- | | | |
|---|----|----|
| 3) Dall'inizio della pandemia ad oggi sei stato ricoverato in ospedale? | SI | NO |
|---|----|----|

Se SI, sei pregato di inviare alla Commissione Medica FISU (medica@fisu.org) la lettera di dimissione

- | | | |
|--|----|----|
| 4) Hai ricevuto diagnosi di malattia COVID-19? | SI | NO |
|--|----|----|

- | | | |
|---------------------------------------|----|----|
| 5) Sei stato sottoposto a quarantena? | SI | NO |
|---------------------------------------|----|----|

se SI, quando?

- | | | |
|---|----|----|
| 6) sei stato sottoposto a tampone nasofaringeo o test anticorpale per COVID-19? | SI | NO |
|---|----|----|

se SI, per quale motivo?

controllo di popolazione nell'ambito lavorativo/su indicazione del corpo militare per sintomi sospetti

se SI, che risultati hai ricevuto?

tampone nasofaringeo per Covid-19:			Positivo	Negativo
test anticorpale per Covid-19:	IgM	Positivo	Dubbio	Negativo
	IgG	Positivo	Dubbio	Negativo

(sei pregato di allegare l'esito degli accertamenti)

Data

In fede,

[firma dell'atleta se maggiorenne o di chi ne fa le veci se minore]

In caso di minori, la dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da un genitore.

Le informazioni di cui sopra saranno trattate in conformità al Regolamento UE n.2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati personali) per le finalità e le modalità di cui all'informativa resa ai sensi dell'art.13 del predetto Regolamento.