



SCHEDA ANAMNESTICA PER VISITA SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome _____ Nome _____

Età _____ Sesso M F documento di identità n. _____

Nato a _____ Prov. () il ___/___/___ CF _____

Residente a _____ Prov. () CAP _____ Via _____ N _____

Tel. Fisso _____ Tel mobile _____ email _____

Professione _____

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale _____ da anni _____

Sport praticati in passato _____ per anni _____

Numero allenamenti a settimana _____ ore/settimana _____

Impegno fisico:
notevolissimo
notevole
medio
leggero

Hai mai accusato:

Hai mai accusato:

a riposo

durante attività sportiva

mancanza di respiro
palpitazioni/battito irregolare
dolori/costrizione al torace
svenimenti/vertigini/capogiri
fatica sproporzionata a sforzo

ANAMNESI FAMILIARE (malattie presenti nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni)

1. malattie di cuore chi? _____ quali? _____

2. pressione alta chi? _____

3. ictus chi? _____

4. colesterolo alto chi? _____

5. malattie renali chi? _____

6. diabete chi? _____

7. asma chi? _____

8. allergie chi? _____

9. malattie di fegato chi? _____

10. altro chi? _____

11. ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età (<50) in famiglia? Se sì, chi? _____

12. malattie a carattere genetico-ereditario? Specificare chi e quali malattie _____

ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (malattie presenti o passate che hai avuto)

varicella pertosse mononucleosi

rosolia morbillo otiti/sinusiti/tonsilliti frequenti

parotite (orecchioni) scarlattina polmoniti

malattia reumatica meningite scoliosi

anemia malattie intestinali deficit visivi (lenti?)

allergie	<input type="checkbox"/>	Quali? _____
malattie di cuore	<input type="checkbox"/>	Quali? _____
malattie polmoni	<input type="checkbox"/>	Quali? _____
malattie renali	<input type="checkbox"/>	Quali? _____
altro	<input type="checkbox"/>	Quali? _____
interventi chirurgici	<input type="checkbox"/>	Quali? _____ Quando? _____
infortuni gravi	<input type="checkbox"/>	Quali? _____ Quando? _____
traumi cranici	<input type="checkbox"/>	Quali? _____ Quando? _____
ricoveri ospedale	<input type="checkbox"/>	Perchè? _____ Quando? _____
uso di farmaci	<input type="checkbox"/>	Quali? _____ Dose _____ Quali? _____ Dose _____
fumi?	<input type="checkbox"/>	Quante sigarette al gg? _____ Da quanti anni? _____
bevi alcolici?	<input type="checkbox"/>	Di che tipo? _____ Quanti bicchieri al gg? _____
bevi caffè?	<input type="checkbox"/>	Quante tazzine al gg? _____
gravidanze	<input type="checkbox"/>	Quante? _____ menarca (età) _____ data ultima mestruazione _____
vaccinazione antitetanica	<input type="checkbox"/>	Anno ultimo richiamo: _____

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto.
Mi impegno a non fare uso di sostanze riconosciute illegali e dò atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge sulla privacy 675/96 concernente la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali esprimo il mio consenso e autorizzo il trattamento dei miei dati personali per fini esclusivamente diagnostici, di cura e prevenzione.

Data, ___/___/___

Firma (del genitore se l'atleta è minorenni)

Importante: portare fotocopie di tutti i referti medici riguardanti l'atleta, in particolare di natura cardiologica. Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente e arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.

<u>A CURA DEL MEDICO</u>	
PA (mmHg): _____	Peso (Kg): _____ Altezza (cm): _____
Esame obiettivo: _____ _____	
Cuore: _____	
Polmoni: _____	
Addome: _____	
Polsi: _____	
Esito ECG: _____	Risultato: _____
Firma: _____	