



SCHEDA ANAMNISTICA PER VISITA NON AGONISTICA

Cognome Nome

Età Sesso M F doc.identita' num.....

Nato a Prov. (.....) il/...../.....

C.F. Residente a Prov. (.....)

Via..... n.....

TEL Fisso.....mobile.....

E-MAIL.....Professione

Titolo scolastico..... Società o gruppo sportivo.....

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Attività sportiva attuale.....dall'età di anni

Sport praticati in passato..... per anni.....

Numero allenamenti alla settimana.....ore complessive/settimana

Impegno fisico:		Hai mai provato?	A RIPOSO	DURANTE SFORZO
Notevolissimo	<input type="checkbox"/>	Mancanza di respiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notevole	<input type="checkbox"/>	Palpitazioni/Battito irregolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio	<input type="checkbox"/>	Dolori/Costrizione al torace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leggero	<input type="checkbox"/>	Svenimenti/Vertigini/Capogiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fatica sproporzionata a sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Direttore Sanitario Dott. Augusto Grube

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

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|
| varicella | <input type="checkbox"/> | pertosse | <input type="checkbox"/> | mononucleosi | <input type="checkbox"/> |
| rosolia | <input type="checkbox"/> | morbillo | <input type="checkbox"/> | otiti/sinusiti/tonsilliti frequenti | <input type="checkbox"/> |
| parotite (orecchioni) | <input type="checkbox"/> | scarlattina | <input type="checkbox"/> | polmoniti | <input type="checkbox"/> |
| malattia reumatica | <input type="checkbox"/> | meningite | <input type="checkbox"/> | scoliosi | <input type="checkbox"/> |
| anemia | <input type="checkbox"/> | malattie intestinali | <input type="checkbox"/> | deficit visivi (usi lenti?) | <input type="checkbox"/> |
| allergie | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | miope <input type="checkbox"/> astigmatico <input type="checkbox"/> ipermetrope <input type="checkbox"/> | |
| | | | |Gradazione? OD..... OS..... | |
| malattie di cuore | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | | |
| malattie polmonari | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | | |
| malattie renali | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | | |
| altro | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | | |
| interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | | |
| | | in che anno?..... | | | |
| infortuni gravi | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | | |
| (fratture/strappi/gravi distorsioni/lussazioni) | | in che anno?..... | | | |
| traumi cranici | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | | |
| | | in che anno?..... | | | |
| ricoveri in ospedale | <input type="checkbox"/> | perché?..... | | | |
| | | in che anno?..... | | | |
| Usi farmaci abitualmente? | <input type="checkbox"/> | quali?..... | | Dose..... | |
| | | | |Dose..... | |
| Fumi? | <input type="checkbox"/> | quante sigarette al giorno?..... | | da quanti anni? | |
| Bevi alcolici? | <input type="checkbox"/> | di che tipo? | | Quanti bicchieri al giorno?..... | |
| Bevi caffè? | <input type="checkbox"/> | Quante tazzine al giorno? | | Gravidanze <input type="checkbox"/> quante?..... | |
| Età della prima mestruazione..... | | data d'inizio dell'ultima mestruazione | | | |
| Vaccinazione antitetanica | <input type="checkbox"/> | anno dell'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 far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Data, Firma dell'atleta.....

(Firma del genitore/tutore legale/delegato se l'atleta è minorenne)

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 mangiare abbondantemente e arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.