

Modulo anamnestico Medicina dello Sport

**COGNOME
RESIDENTE A
PROFESSIONE**

**NOME
VIA
MAIL**

NATO IL

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (NONNI, GENITORI, FRATELLI/SORELLE)

Diabete:	SI	NO	CHI?
Asma:	SI	NO	CHI?
Ipertensione arteriosa:	SI	NO	CHI?
Cardiopatía ischemica o infarto:	SI	NO	CHI?
Patologie tiroidee	SI	NO	CHI?
Morte improvvisa	SI	NO	CHI?
Altro			

DOMANDE RIFERITE ALL'ATLETA

Fuma? Se sì, quante sigarette al giorno e da quanto tempo?

Consuma alcolici o superalcolici? Se sì, quanti di media al giorno?

Assume abitualmente o ha assunto dei farmaci in maniera continuativa?

Se sì, quali e perché?

SOFFRE O HA SOFFERTO DI PATOLOGIE QUALI:

Diabete	SI	NO	Usa insulina?	SI	NO
Malattie cardiache (aritmie, angina, fibrillazione atriale, problemi valvolari, infarto, scompenso cardiaco...)					
Ipertensione arteriosa	SI	NO			
Epilessia e/o altre malattie neurologiche	SI	NO	Se sì, quali?		
Allergie	SI	NO	Se sì, quali?		
Asma/broncospasmo	SI	NO	Se sì, tutt'ora?		
Altre malattie respiratorie	SI	NO	Se sì, quali?		
Ha mai avuto interventi chirurgici?	SI	NO			
Se sì, quali e quando?					
Ha mai avuto fratture e/o infortuni rilevanti?	SI	NO			
Se sì, quali e quando?					
Ha mai avuto traumi cranici?	SI	NO	Se sì, quali?		
Con svenimento?	SI	NO	Con ricovero?	SI	NO
Assenza o alterata funzione di qualche organo interno?	SI	NO			
Se sì, quale?	Dovuta a?				
Altre patologie da segnalare?					

DURANTE O AL TERMINE DELLA PRATICA SPORTIVA HA MAI ACCUSATO

MALESSERI IMPROVVISI QUALI:

Dolori al torace	SI	NO	Quando? _____	Con che frequenza? _____
Svenimenti	SI	NO	Quando? _____	Con che frequenza? _____
Disturbi del ritmo cardiaco	SI	NO	Quando? _____	Con che frequenza? _____

NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE SPORTIVE

Ha già eseguito visite per il rilascio di idoneità agonistica o non agonistica? SI NO

Se sì, quale? NON AGONISTICA AGONISTICA

In tali visite è mai stato giudicato non idoneo? SI NO o sospeso? SI NO

Se sì, per quale motivo? _____

Sono mai stati richiesti altri esami (come ad esempio Ecocardiogramma, Holter cardiaco, Holter pressorio, Test da sforzo massimale?.....)

Se sì, per quale motivo? _____

Io sottoscritto dichiaro di avere informato esattamente il medico circa le mie attuali condizioni psicofisiche e le patologie pregresse, di non essere mai stato dichiarato non idoneo, di non avere in corso sospensioni e di non essere in attesa di giudizio da parte di un altro Centro.

Il sottoscritto consente di sottoporsi agli accertamenti previsti.

Firma dell'atleta

(genitore o chi ne fa le veci se minorenne)
