

Modulo anamnestico Medicina dello Sport

COGNOME

NOME

NATO IL

RESIDENTE A

VIA

PROFESSIONE

MAIL

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

| | | | |
|----------------------------------|----|----|------|
| Diabete: | SI | NO | CHI? |
| Asma: | SI | NO | CHI? |
| Ipertensione arteriosa: | SI | NO | CHI? |
| Cardiopatia 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...) | SI | NO | | | |
| 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)