

Struttura: **MEDICINA DELLO SPORT**

SCHEMA ANAMNESTICO DA RIPORTARE GIÀ COMPILATO ALLA VISITA

(contrassegnare con una croce la risposta indicando il SI oppure il NO – non lasciare in bianco)

COGNOME e NOME ATLETA _____ NATO/A IL _____

Domande riferite ai familiari dell'atleta (genitori, fratelli, nonni, ecc)

Ci sono nella sua famiglia casi di ipertensione, malattie cardiache, diabete

Asma o altre patologie rilevanti

SI NO

Se si lo/li descriva

Tra i suoi parenti ci sono casi di morte improvvisa prima dei 40 anni?

SI NO

Se si lo/li descriva

Domande riferite all'atleta

Fa o ha fatto uso di alcool o tabacco?

SI NO

Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti?

SI NO

Data ultime mestruazioni

Soffre attualmente o ha sofferto in passato di malattie come:

Diabete SI NO

Iperensione arteriosa SI NO

Malattie cardiache SI NO

Aritmie cardiache SI NO

Malattie neurologiche o epilessia SI NO

Asma/allergie SI NO

Altre malattie rilevanti.....

Interventi chirurgici.....

Infartuni rilevanti o fratture.....

Ha mai avuto a riposo o durante attività fisica:

Sincope (svenimenti) SI NO

Cardiopalmo (palpitazioni) SI NO

Dolore toracico SI NO

Dispnea (fatica a respirare) SI NO

Vertigini SI NO

Attacchi epilettici/convulsioni SI NO

Altri segni o sintomi rilevanti, in atto o pregressi.....

Assumi attualmente o abitualmente farmaci? SI NO Se si quali.....

Quali sport pratica e da quanto tempo.....

Quante volte e per quante ore si allena alla settimana.....

Ha già eseguito visita per idoneità agonistica? SI NO

E' mai stato giudicato non idoneo o sospeso nel corso di tali visite? SI NO

Per quale motivo?.....

Se ha eseguito per qualsiasi motivo esami al cuore (eco, ecg, holter), esami del sangue o altri esami rilevanti li porti alla visita (almeno i più recenti).

Firma genitore.....

Firma atleta maggiorenne.....

Documento

Documento.....

Data

Data.....