

Cognome e Nome dell'atleta

اسم ولقب الرياضي

FIRMA PER PRESA VISIONE

A. Storia familiare

التاريخ المرضي العائلي

1. a	Hai un Parente prossimo che ha avuto una morte improvvisa o inspiegabile prima dei 50 anni di età? هل يوجد قريب من الدرجة الأولى توفي فجأة قبل سن 50? Chi? مَنْ؟	NO لا	SI نعم
1. b	Hai un Parente prossimo affetto da malattie cardiovascolari gravi e/o ereditarie? هل يعاني أحد من أفراد العائلة من أمراض القلب الوراثية؟ Chi? مَنْ؟	NO لا	SI نعم

B. Storia personale

التاريخ المرضي الشخصي

2.	Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope)? هل سبق أن تعرضت للإغماء؟ durante esercizio-sforzo fisico أثناء المجهود البدني dopo esercizio-sforzo fisico بعد المجهود البدني non correlato all'esercizio-sforzo fisico غير مرتبط بالمجهود البدني	NO لا	SI نعم
3	Un medico ti ha mai detto che hai un problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, un'aritmia cardiaca, malattia reumatica, infezioni al cuore o altro? هل شُخصت لديك مشاكل قلبية؟ Quali؟ ما هي؟	NO لا	SI نعم
4	Un medico ti ha mai prescritto un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECO? (إيكو، هولتر، تخطيط) هل أجريت فحوصات قلبية (تخطيط، هولتر، إيكو)؟	NO لا	SI نعم
5	Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie o altro? هل تعاني من ربو، صرع أو أمراض أخرى؟ Quali؟ ما هي؟	NO لا	SI نعم
6	Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, farmaci, cibi, punture d'insetto)? هل تعاني من حساسية؟	NO لا	SI نعم
7	Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori? هل تتناول حالياً أي علاج دوائي بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية؟	NO لا	SI نعم
8	Hai mai avuto ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici, infortuni gravi? هل تدخلت المستشفى أو عمليات جراحية؟ Quali؟ ما هي؟	NO لا	SI نعم
9	Negli ultimi due anni hai preso farmaci in maniera costante? هل تناولت أدوية بانتظام خلال السنتين الماضيتين؟	NO لا	SI نعم
10	Vista: porti occhiali e/o lenti a contatto? مشاكل في النظر	NO لا	SI نعم
11	Udito: hai problemi di udito? مشاكل في السمع	NO لا	SI نعم
12	Menarca بداية الطمث NO لا SI نعم Anno سنة tima menstruazione تاريخ آخر دورة شهرية / /		
13	Fuma؟ هل تدخن؟ NO لا SI نعم Sig./die N° Alcool هل تتناول الكحول؟ NO لا SI نعم Quantità/die		
14	Hai fatto, o fai uso di droghe/doping? هل سبق لك؟ تعاطي المخدرات أو استخدام المنشطات؟ NO لا SI نعم Quali؟ ما هي؟		

C. Storia sportiva

التاريخ الرياضي

15	Tipo di sport per cui è richiesta la visita نوع الرياضة	N°. allenamenti alla settimana عدد التدريبات الأسبوعية	Durata allenamento in minuti مدة التدريب (بالدقائق)	N°. competizioni alla settimana المنافسات الأسبوعية

La presente scheda anamnestica deve essere compilata dai genitori degli atleti MINORENNI che al momento della visita non possono essere presenti. Si informa che i minorenni NON PROVVISI della scheda anamnestica compilata in ogni suo punto dai genitori NON POTRANNO EFFETTUARE LA VISITA MEDICA di indoneità sportiva agonistica.

IMPORTANTE: la raccolta dei dati anamnestici è fondamentale per la valutazione complessiva dello stato di salute dell'atleta e per la diagnosi di patologie ereditarie ed è parte integrante della cartella clinica.

Data, Corsico li ____/____/____

توقيع ولي الأمر
Firma del Genitore