

SCHEDA ANAMNESTICA

IL MEDICO VISITATORE

Cognome e Nome dell'atleta

FIRMA PER PRESA VISIONE

A. Storia familiare

1. a	Hai un Parente prossimo che ha avuto una morte improvvisa o inspiegabile prima dei 50 anni di età?	NO	SI
	Chi?		
1. b	Hai un Parente prossimo affetto da malattie cardiovascolari gravi e/o ereditarie?	NO	SI
	Chi?		

B. Storia personale

2.	Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope)?			durante esercizio-sforzo fisico			NO	SI
				dopo esercizio-sforzo fisico			NO	SI
				non correlato all'esercizio-sforzo fisico			NO	SI
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?						NO	SI
	Quali:							
4	Un medico ti ha mai prescritto un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECO?						NO	SI
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?						NO	SI
	Quali:							
6	Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, farmaci, cibi, punture d'insetto)?						NO	SI
7	Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?						NO	SI
8	Hai mai avuto ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici, infortuni gravi?						NO	SI
	Quali:							
9	Negli ultimi due anni hai preso farmaci in maniera costante?						NO	SI
10	Vista: porti occhiali e/o lenti a contatto?						NO	SI
11	Udito: hai problemi di udito?						NO	SI
12	Menarca (prima mestruazione)			NO	SI	Anno _____ Data ultima mestruazione ____ / ____ / ____		
13	Fuma	NO	SI	Sig./die N°.	Alcool	NO	SI	Quantità/die
14	Hai fatto, o fai uso di droghe/doping?			NO	SI	Quali:		

C. Storia sportiva

15	Tipo di sport per cui è richiesta la visita	N°. allenamenti alla settimana	Durata allenamento in minuti	N°. competizioni alla settimana

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 idoneità 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 ____/____/____

Firma dell'Atleta
(del Genitore se minorenne)