

病史 - Scheda Anamnestica

医生名 _____

姓名 (Cognome e nome atleta) _____

医生签名 _____

A. 家族病史 (Storia familiare)

1. a	你直系亲属(祖父母、外祖父母、父母)及兄弟姐妹中是否有人死于50岁前 (Hai un Parente prossimo che ha avuto una morte improvvisa o inspiegabile prima dei 50 anni di età?) 哪些? (Chi?)	否 NO	是 Si
1. b	你直系亲属中是否有严重或先天性心脏病 (Hai un Parente prossimo affetto da malattie cardiovascolari gravi e/o ereditarie?) 哪些? (Chi?).....	否 NO	是 Si

B. 个人病史 (Storia personale)

2.	你是否有过头晕的症状 (Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope)?)	运动时 (durante esercizio-sforzo fisico)	否 NO	是 Si					
		运动后 (dopo esercizio-sforzo fisico)	否 NO	是 Si					
		与运动无关 (non correlato all'esercizio-sforzo fisico)	否 NO	是 Si					
3	自己曾被某医生诊断过心脏病、高血压、高胆固醇、心脏杂音、心律不整、风湿性疾病、心脏感染或其他疾病? (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?) 哪些? (Quali?).....	否 NO	是 Si						
4	是否医生曾给你开过心脏试验,例如心电图(ECG), 动态心电(Holter)、超声心电图(ECO) (Un medico ti ha mai prescritto un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECO?)	否 NO	是 Si						
5	自己曾被某医生诊断过哮喘, 癫痫, 癫痫, 不便于运动的健康问题, 糖尿病, 肥胖症, 骨科疾病, 神经疾病, 呼吸系统疾病? (Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete,) 哪些? (Quali?)	否 NO	是 Si						
6	是否有过敏 (例如对花粉, 灰尘, 药品, 食品, 昆虫叮) (Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, farmaci, cibi, punture d'insetto)?)	否 NO	是 Si						
7	是否在受治疗, 服药 (处方药物或自买药物) 或吸入器? (Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?)	否 NO	是 Si						
8	是否住过医院与/或经过手术, 受严重的伤 (Hai mai avuto ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici, infortuni gravi)	否 NO	是 Si						
9	最近两年是否维持服用任何药 (Negli ultimi due anni hai mai preso farmaci in maniera costante?)	否 NO	是 Si						
10	视力: 是否戴眼镜与/或隐形眼镜 (porti occhiali e/o lenti a contatto?)	否 NO	是 Si						
11	听力: 是否有听力问题 (hai problemi di udito?)	否 NO	是 Si						
12	初经 (Menarca: prima mestruazione)	否 NO	是 Si	年: (anno)	最后一次月经日期 (Data ultima mestruazione)	: / /			
13	是否吸烟 (Fuma):	否 NO	是 Si	每天吸烟的数量 (Sigarette/die N°)	: 是否喝酒 (Alcool)	: 否 NO	是 Si	数量 (q.tà die)	:
14	曾用过或在用毒品吗? (Hai fatto, o fai uso di droghe/doping?):	否 NO	是 Si	哪些? (Quali):					

C. 运动历 (Storia sportiva)

15	运动类型 (Tipologia di sport per cui è richiesta la visita)	一周几次运动 (N°. allenamenti alla settimana)	每次运动持续时间 (分钟) (Durata allenamento in minuti)	一周参加几次比赛 (N°competizioni a settimana)

如18岁以下运动员无法到场, 需要父母/监护人填表。如果表格信息不全, 运动员们无法做身体检查。

请注意: 病史信息收集有利于了解运动员的身体状况与诊断遗传性疾病。

日期: Corsico, _____ / _____ / _____

签名/ 父母签名 (Firma dell'atleta o del genitore) _____