

## MEDICINA DELLO SPORT

### SCHEDA ANAMNESTICA

Cognome: ..... Nome: ..... D.N.: .../.../.....

Tel: ..... Attività di studio/lavoro: .....

#### A. ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita? ..... Società: .....

Da quanti anni pratica questo sport? ..... Quante ore dedica allo sport alla settimana? .....

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica? .....

Sport praticati in passato: .....

Prima visita ☐ Rinnovo ☐ E' stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? Si ☐ No ☐

#### B. ANAMNESI FAMILIARE

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffra o abbia sofferto di:

|                       |                             |                             |                    |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Malattie di cuore     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie polmonari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Morte improvvisa      | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Mal. Tiroidee      | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Infarto del miocardio | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Celiachia          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Diabete mellito       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Mal. Neurologiche  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Iperensione           | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Tumori             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Colesterolo alto      | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Asma/Allergie      | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Sovrappeso/Obesità    | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Altre malattie     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

#### C. ANAMNESI FISIOLOGICA

Vaccinazione antitetanica NO ☐ NON SO ☐ SI ☐ ultimo richiamo: .....

Fuma NO ☐ EX ☐ SI ☐ Se **si**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo .....

Beve alcolici MAI ☐ saltuariamente ☐ SI ☐ Quanto? .....

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO ☐ SI ☐ Quanto? .....

Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari NO ☐ SI ☐

Se **si**, quali .....

Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO ☐ Normali ☐ Alterati: ☐ .....

Età prima mestruazione ..... anni Data ultima mestruazione ..... / ..... / .....

Anomalie del ciclo mestruale NO ☐ SI ☐ Gravidanze NO ☐ SI ☐ .....

#### D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha attualmente qualche problema di salute? SI ☐ NO ☐

Ha sempre goduto di buona salute? SI ☐ NO ☐

Ha sofferto / Soffre di:

|                         |                             |                             |                                 |                             |                             |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Allergie                | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Diabete mellito                 | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Colesterolo elevato             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Altre mal. respiratorie | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie gastro-intestinali     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Otiti/Sinusiti          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie del fegato/vie biliari | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Anemia                  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie muscolo-scheletriche   | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Epilessia               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie neurologiche           | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Svenimenti              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie tiroidee               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie di cuore       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Altre malattie endocrine        | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Palpitazioni            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Neoplasie (Tumori)              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Dolore toracico         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie psichiatriche          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Vertigini               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Malattie dei reni/vie urinarie  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Malattie oculari        | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Alterazioni alvo/diuresi        | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| Pressione elevata       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | Disturbi del sonno              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO ☐ SI ☐ interventi chirurgici? NO ☐ SI ☐

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età . . . . .

. . . . .

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO ☐ SI ☐

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età . . . . .

. . . . .

. . . . .

Usa occhiali/lenti a contatto NO ☐ SI ☐ motivo: . . . . .

Usa plantari/talloniere NO ☐ SI ☐ motivo: . . . . .

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e riferiti dallo stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico, di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti, di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute. Delego i dirigenti preposti della società o federazione sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità. Sono a conoscenza che eventuali copie dei certificati di idoneità devono venir richieste personalmente all'atto della visita medico-sportiva poiché, dopo l'archiviazione delle cartelle per i tempi legali, ciò non sarà più possibile.

**RONCHI DEI LEGIONARI .....**

Firma del dichiarante  
(o di un genitore o esercente la patria potestà per atleti  
minorenni)

.....