

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 soffre 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"/>
Ipertensione	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 FISIOLGICA

È nato a termine SI NO da parto naturale SI NO Allattamento al seno SI NO

Consuma frutta e verdura raramente 2-3/sett. 4-5/sett. ogni giorno 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

