



SCHEDA DI RACCOLTA ANAMNESITICA DELL'ATLETA

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_ Attività per cui è richiesta la visita: \_\_\_\_\_

È già stato sottoposto a visita per idoneità sportiva:  no  sì (quando \_\_\_\_\_)

Tel. \_\_\_\_\_

N.B. SI PREGA DI COMPIRE IN OGNI SUA PARTE E CON LA MASSIMA ATTENZIONE PERCHÉ TALE DOCUMENTO HA VALIDITÀ MEDICO-LEGALE

Anamnesi Familiare

Vivente apparente buona salute

Deceduto (causa) \_\_\_\_\_

Padre  Madre  Fratello/i (n. \_\_\_\_\_)  Sorella/e (n. \_\_\_\_\_)

Eventuali malattie dei parenti

Ipertensione Padre  Madre  Nomi \_\_\_\_\_ Fratello/i \_\_\_\_\_ Sorella/e \_\_\_\_\_
Ipocoolesterolemia 
Malattie cardiache (infarto, etc.) 
Diabete 
Malattie del sistema nervoso 
Tumori 
Altro

CASI DI MORTE IMPROVVISA IN FAMIGLIA (fratelli e/o sorelle, genitori, zii, nonni)

sì  no

Anamnesi personale dell'atleta

Nato di parto: normale:  sì  no se no, quale? \_\_\_\_\_
(solo per le femmine) Menarca (prima mestruazione): età: \_\_\_\_\_

Data ultime mestruazioni:  sì  no Regolari  sì  no
Assunzione anticoncezionali:  sì  no

È mai stato dichiarato non idoneo all'attività sportiva?  no  sì (causa \_\_\_\_\_)

È mai stato sottoposto a ulteriori esami specialistici nelle precedenti visite o durante la propria vita? (eco, visita cardiologica, holter, test ergometrico o altri accertamenti)

Fumo  no  sì (causa \_\_\_\_\_)  Ex fumatore (da quando \_\_\_\_\_)
Vino / Birra / Superalcolici  no  sì (anche occasionale) se sì, quanto \_\_\_\_\_
Caffè  no  sì (quantità al giorno \_\_\_\_\_) Integrazione  no  sì
Assunzione di farmaci  no  sì se sì, quali? \_\_\_\_\_

Anamnesi patologica dell'atleta (patologie)

cardiache  sì (quale \_\_\_\_\_)
ipertensione  sì (quale \_\_\_\_\_)
diabete  sì (quale \_\_\_\_\_)
respiratorie  sì (quale \_\_\_\_\_)
app. digerente  sì (quale \_\_\_\_\_)
reumatiche  sì (quale \_\_\_\_\_)
renali e genitali  sì (quale \_\_\_\_\_)
neurologiche  sì (quale \_\_\_\_\_)
ortopediche  sì (quale \_\_\_\_\_)
allergie  sì (quale \_\_\_\_\_)
altre malattie  sì (quale \_\_\_\_\_)

Anamnesi dell'atleta per interventi o infortuni avvenuti

Tonsille  sì (quando \_\_\_\_\_)
Adenoidi  sì (quando \_\_\_\_\_)
Appendice  sì (quando \_\_\_\_\_)
Ernia inguinale  sì (quando \_\_\_\_\_)
Fratture  sì (quale \_\_\_\_\_)
Distorsioni  sì (quale \_\_\_\_\_)
Lussazioni  sì (quale \_\_\_\_\_)
Traumi cranici  sì (quale \_\_\_\_\_)
Svenimenti o malesseri collegati allo sforzo fisico  sì (quale \_\_\_\_\_)
Altri  sì (quale \_\_\_\_\_)
Eventuali altre informazioni \_\_\_\_\_

CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DI TEST DA SFORZO PER IL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ

Il test da sforzo è effettuato per acquisire informazioni elettrocardiografiche ed eventualmente pressorie necessarie per esprimere il giudizio di idoneità all'attività sportiva agonistica/non agonistica o per procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti. Durante il test viene provocato normalmente un aumento anche importante del numero dei battiti cardiaci ed un aumento della pressione arteriosa; pertanto il test può esporre l'interessato, se affetto da patologie cardio-respiratorie, a gravi complicanze. Il test viene interrotto a giudizio del Medico o a richiesta esplicita del Paziente. È molto importante che l'interessato comunichi ogni eventuale sintomo al Medico.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (specificare se atleta, genitore) dichiara che le informazioni rilasciate al medico in data odierna corrispondono a verità e che non è stata omessa alcuna informazione sullo stato di salute e ACCETTO CONSAPPEVOLMENTE DI SOTTOPORMI AL TEST DA SFORZO.

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

X

(firma del Genitore o dell'Atleta)

Prosegue

