


UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA DELLO SPORT

Via del Progresso n. 4 - 88060 Satriano Marina (CZ) - Tel/Fax 0967.530337
Part. IVA: 03062560796 Aut. Regione Calabria DCA N.96/19.11.2014

SCHEDA ANAMNESTICA PER VISITA SPORTIVA (AGONISTICA E NON AGONISTICA)

Da compilarsi in modo dettagliato a cura dell'atleta maggiorenne o di un genitore, se minorenni

Cognome _____	Nome _____	Età _____	Sesso M ☐ F ☐
Doc. id. n. _____	Nato a _____	Prov. (____) il ____/____/____	
CF _____	Residente a _____	Prov. (____) CAP _____	
Via _____	N. Tel. _____	email _____	

ANAMNESI SPORTIVA DELL'ATLETA

Sport per il quale è richiesta la visita:		
Nome della Società:		
Da quanti anni pratica questo sport?		
Quante ore dedica a questo sport alla settimana?		
Hai già fatto visite di idoneità agonistica?	SI ☐ NO ☐	In che anno l'ultima?
Ti è mai stata negata l'idoneità?	SI ☐ NO ☐	Perché?
Hai mai fatto accertamenti ulteriori?	SI ☐ NO ☐	Quali e quando?
Si è sottoposto a vaccinazione antitetanica?	SI ☐ NO ☐	ultimo richiamo

ANAMNESI FAMILIARE

(malattie presenti nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni)

Malattie di cuore	SI ☐ NO ☐	chi? quali?
Morte improvvisa	SI ☐ NO ☐	chi?
Infarto del miocardio	SI ☐ NO ☐	chi?
Cardiomiopatie	SI ☐ NO ☐	chi?
Iperensione	SI ☐ NO ☐	chi?
Ictus	SI ☐ NO ☐	chi?
Colesterolo alto	SI ☐ NO ☐	chi?
Obesità	SI ☐ NO ☐	chi?
Malattie renali	SI ☐ NO ☐	chi?

Diabete	SI ☐ NO ☐	chi?
Malattie tiroidee	SI ☐ NO ☐	chi?
Malattie polmonari	SI ☐ NO ☐	chi?
Malattie neurologiche	SI ☐ NO ☐	chi?
Asma/allergie	SI ☐ NO ☐	chi?
Tumori	SI ☐ NO ☐	chi?
Malattie di fegato	SI ☐ NO ☐	chi?
Celiachia	SI ☐ NO ☐	chi?
Malattie a carattere genetico-ereditario?	SI ☐ NO ☐	Specificare chi e quali malattie
Ti è mai successo di svenire o di avere giramenti di testa dopo uno sforzo fisico?	SI ☐ NO ☐	
Hai mai avuto fratture ossee, un'ingessatura (ginocchio, caviglia, ecc...)?	SI ☐ NO ☐	
Hai mai subito dei traumi con perdita di coscienza?	SI ☐ NO ☐	
Hai qualche problema di salute in questi giorni o nell'ultimo mese?	SI ☐ NO ☐	specificare quale
Sei mai stato operato?	SI ☐ NO ☐	Motivo?
Sei mai stato ricoverato in ospedale?	SI ☐ NO ☐	Motivo?

ANAMNESI FISIOLOGICA DELL'ATLETA

Peso (Kg): _____ Altezza (cm): _____		
E' nato a termine? SI ☐ NO ☐	da parto naturale? SI ☐ NO ☐	Allattamento al seno? SI ☐ NO ☐
Fuma? SI ☐ NO ☐ EX ☐ Se SI, quante sigarette/giorno e da quanto tempo?		
Beve alcolici? MAI ☐ SALTUARIAMENTE ☐ SI ☐ Se SI, quanto?		
Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks)? SI ☐ NO ☐ Se SI, quanto?		
Età prima mestruazione: _____ anni. Data ultima mestruazione: ____/____/____		
Anomalie del ciclo mestruale? SI ☐ NO ☐ Gravidanze? SI ☐ NO ☐ Quante?		
Assume farmaci? SI ☐ NO ☐ Se SI, quali?		
Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: SI ☐ NO ☐ Normali ☐ Alterati ☐ Se alterati specificare cosa		

ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA

Ti è mai capitato di sentire i battiti del cuore troppo forti o irregolari?	SI ☐ NO ☐	Specificare
Ha subito ricoveri ospedalieri?	SI ☐ NO ☐	Specificare il motivo
Interventi chirurgici?	SI ☐ NO ☐	Se SI, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età
Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni?	SI ☐ NO ☐	Se SI, indicare tipo di lesione ed età
Usa occhiali o lenti a contatto?	SI ☐ NO ☐	Specificare il motivo

(soffre o ha sofferto nel passato di:)

ALLERGIE SI ☐ NO ☐	DOLORE TORACICO SI ☐ NO ☐	MALATTIE NEUROLOGICHE SI ☐ NO ☐	ASMA BRONCHIALE SI ☐ NO ☐	VERTIGINI SI ☐ NO ☐	MALATTIE TIROIDEE SI ☐ NO ☐
ALTRE MALATTIE RESPIRATORIE SI ☐ NO ☐	MALATTIE OCULARI SI ☐ NO ☐	ALTRE MALATTIE ENDOCRINE SI ☐ NO ☐	OTITI/SINUSITI SI ☐ NO ☐	PRESSIONE ALTA SI ☐ NO ☐	PRESSIONE BASSA SI ☐ NO ☐
NEOPLASIE (TUMORI) SI ☐ NO ☐	DIABETE SI ☐ NO ☐	MALATTIE PSICHIATRICHE SI ☐ NO ☐	MALATTIE DI CUORE SI ☐ NO ☐	TURBE DEL SONNO SI ☐ NO ☐	MALATTIE MUSCOLO/SCHIELETRICHE SI ☐ NO ☐
ANEMIA SI ☐ NO ☐	MALATTIE DEI RENI VIE URINARIE SI ☐ NO ☐	MALATTIE GASTRO INTESTINALI SI ☐ NO ☐	ALTERAZIONI ALVO/DIURESIS SI ☐ NO ☐	PALPITAZIONI SI ☐ NO ☐	COLESTEROLO ALTO SI ☐ NO ☐
EPILESSIA SI ☐ NO ☐	SVENIMENTI SI ☐ NO ☐	MALATTIE DEL FEGATO/BILE SI ☐ NO ☐	MALATTIE CONGENITE SI ☐ NO ☐	VERTIGINI IMPROVVISE SI ☐ NO ☐	CRISI RESPIRATORIE SI ☐ NO ☐

Il sottoscritto dichiara 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 da sé stesso o, se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (se necessario supportati da documentazioni sanitarie accessorie) senza errori od omissioni che possano compromettere o ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico- sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport; di non fare uso di droghe e/o sostanze eccitanti; di essere a conoscenza che alcol e fumo sono dannosi alla salute. Informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge sulla privacy 675/96 concernente la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali esprimo il mio consenso e autorizzo il trattamento dei miei dati personali per fini esclusivamente diagnostici, di cura e prevenzione.

Data, ____/____/_____. Firma (del genitore se l'atleta è minorenne)_____

Importante: portare fotocopie di tutti i referti medici riguardanti l'atleta, in particolare di natura cardiologica. Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non aver mangiato abbondantemente e arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.