

## MODULO DI ANAMNESI

### RACCOLTA DATI CLINICI PERSONALI PER LA VISITA MEDICO SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome ..... Nome ..... Nato il .....

#### **ANAMNESI FAMILIARE** (con riferimento a genitori, nonni, fratelli, sorelle)

si sono verificate le seguenti patologie

- Malattie cardiache      Infarto  Sostituzioni valvolari  Angioplastica  altre  ..... Se sì  
chi ed a quale età? .....
- Malattie vascolari      Iperensione       Ictus       altre  ..... Se  
sì chi ed a quale età? .....
- Malattie metaboliche      Diabete  Ipercolesterolemia  altre  ..... Se sì  
chi ed a quale età? .....
- Malattie respiratorie      Asma  Broncopatia cronica  altre  ..... Se sì  
chi ed a quale età? .....
- Morte improvvisa      NO  SÌ'       Se sì chi ed a quale età? .....
- Malattie genetiche      Sindrome Marfan  S. Brugada  S. QT lungo  altre  .....
- Altre patologie      NO  SÌ'       Quali? ..... Se sì chi ed a quale età?.....

#### **ANAMNESI FISIOLÓGICA e PATOLOGICA**

- Presenza di problemi di sviluppo psico-fisico?      NO       SÌ'   
Se sì indicare di che tipo .....
- Presenza di alterazioni scheletriche?      NO       SÌ'   
Scoliosi       Cifosi       Piedi piatti       Altro  .....
- Ha mai avuto episodi di convulsioni febbrili?      NO       SÌ'
- Ha mai avuto episodi di epilessia?      NO       SÌ'   
Se sì indicare se è stato trattato con farmaci e quali .....
- Ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza?      NO       SÌ'   
Se sì specificare le conseguenze? .....
- Ha mai sofferto di patologie reumatiche? (elevato tasso antistreptolisinico-TAS)      NO       SÌ'

Soffre di asma? NO  SI'

Soffre di allergie? NO  SI'

Se sì indicare se Agli alimenti  A piante, erbe, pollini

SE FEMMINA menarca (prima mestruazione) anni ..... ultima mestruazione data.....

Potrebbe essere in stato di gravidanza? NO  SI'

E' mai stato ricoverato in Ospedale? NO  SI'

Se sì specificare il motivo del ricovero .....

.....

Ha mai subito Fratture  Distorsioni

Se sì indicare quali .....

Ha problemi di vista? NO  SI'

Se sì indicare quali .....

Soffre di qualche patologia? NO  SI'

Diabete  Iperensione  Ipercolesterolemia  Altro  .....

Assume farmaci? NO  SI'  Se sì indicare quali .....

E' allergico a farmaci? NO  SI'  Se sì indicare quali .....

Fuma? NO  SI'  N° sigarette al giorno .....

Beve Alcoolici? NO  SI'  Quantità al giorno .....

E' stato sottoposto ad accertamenti di II livello in precedenti visite sportive? NO  SI'

Se sì Ecocardio  Holter ECG  Altro  .....

Attualmente STA BENE? SI'  NO

Se no specificare i problemi .....

Attualmente pratica regolarmente attività sportiva? SI'  NO  Quante volte alla settimana? .....

Se maggiorenne **Firma dell'atleta**

Se minorenne **Firma del genitore o esercente la patria potestà**

**Data** .....