## MODULO DI ANAMNESI RACCOLTA DATI CLINICI PERSONALI PER LA VISITA MEDICO SPORTIVA

Cognome	Nome		Nato il		
ANAMNESI FAM	ILIARE (con riferimento a genito	ori, nonni, fratelli, sor	elle)		
si sono verificate le s	seguenti patologie				
Malattie cardiache	Infarto   Sostituzioni valvolari   Angioplastica   altre				
	chi ed a quale età?				
Malattie vascolari	Ipertensione   Ictus	□ altre □	Se		
	sì chi ed a quale età?				
Malattie metaboliche	e Diabete   Ipercolesterolemia	Diabete □ Ipercolesterolemia □ altre □			
	chi ed a quale età?				
Malattie respiratorie	Asma   Broncopatia cronica	Asma   Broncopatia cronica   altre			
	chi ed a quale età?				
Morte improvvisa	NO □ SI' □ Se sì chi ed a qu	ıale età?			
Malattie genetiche	Sindrome Marfan $\square$ S. Brugada $\square$ S. QT lungo $\square$ altre $\square$				
Altre patologie	NO 🗆 SI' 🗆 Quali?	Se sì chi ed a qu	uale età?		
ANAMNESI FISI	OLOGICA e PATOLOGICA				
Presenza di problem	i di sviluppo psico-fisico?	NO □	SI′ □		
Se sì indicar	e di che tipo				
Presenza di alterazio	oni scheletriche?	NO □	SI′ □		
Scoliosi □	Cifosi □ Piedi piatti □	Altro 🗆			
Ha mai avuto episod	li di convulsioni febbrili?	NO □	SI′ □		
Ha mai avuto episod	li di epilessia?	NO □	SI′ □		
Se sì indicar	e se è stato trattato con farmaci e	e quali			
Ha mai subito traum	i cranici con perdita di conoscenz	a? NO □	SI′ □		
Se sì specificare le c	onseguenze?				
Ha mai sofferto di pa	atologie reumatiche? (elevato tass	so antistreptolisinico-	TAS) NO 🗆 SI' 🗆		
Soffre di asma?	NO □ SI' □				
Soffre di allergie?	NO □ SI' □				
Se sì indicar	e se Agli alimenti 🗆 🛮 A piante, e	erbe, pollini 🗆			
SE FEMMINA men	arca (prima mestruazione) anni	ultima mestru	uazione data		
Potr	ebbe essere in stato di gravidanza	a? NO 🗆 SI'			
E' mai stato ricoverato in Ospedale? NO $_{\square}$ SI' $_{\square}$					
Se s	i specificare il motivo del ricovero				

Ha mai subito	Fratture $\square$	Distorsioni □	
Se sì indicare q	uali		
Ha problemi di vista?		NO □ SI' □	
Se sì indicare q	uali		
Soffre di qualche patolo	ogia?	NO □ SI′ □	
Diabete □	Ipertensione	Ipercolesterolemia □ Altro □	
Assume farmaci?	NO □ SI' □	Se sì indicare quali	
E' allergico a farmaci? N	NO □ SI' □	Se sì indicare quali	
Fuma?	NO □ SI′ □	Nº sigarette al giorno	
Beve Alcoolici? NO 🗆	SI'   Quantit	à al giorno	
Se sì Ecocard Attualmente STA BENE	dio	NO □	
		tà sportiva? SI' - NO - Quante volte alla settimana?	
•	,		
<ul><li>dichiaro che no</li><li>dichiaro che NO</li><li>Centro Medico-</li></ul>	n sono mai state DN ho in corso S Sportivo.	dico delle mie condizioni di salute attuali e pregresse, o dichiarato NON IDONEO, OSPENSIONI o che NON sono in attesa di giudizio da parte di un altro riconosciute illegali e di sostanze o pratiche definite doping.	
Il sottoscritto acconsen	te ad essere sot	toposto agli accertamenti proposti.	
Il sottoscritto dichiara i	noltre di essere	stato pienamente informato delle motivazioni che inducono a	
praticare l'accertament	o proposto, le su	le finalità conoscitive e la natura dei rischi che possono verificarsi	
durante l'accertamento	stesso o in cons	seguenza di esso.	
	Se mir	Se maggiorenne Firma dell'atleta norenne Firma del genitore o esercente la patria potestà	
Data			
	Data	Firma del medico presa visione	