

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 Ipertensione ☐ 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 FISIOLOGICA 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 ☐ Ipertensione ☐ 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

Data **Firma del medico presa visione**