



SCHEMA ANAMNESTICA PER ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

Attenzione: compilare in tutte le sue parti

COGNOME E NOME: _____ **TELEFONO/CELL.** _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

RESIDENZA (VIA E CITTA'): _____ **CAP** _____

EMAIL _____

Sport per i quali viene richiesto il certificato: _____

Eventuale società sportiva a cui si è iscritti: _____

- Pratica sport** ☐ **AMATORIALE:** pratica sport in modo incostante e senza vincoli particolari
☐ **DILETTANTE:** allenamenti regolari e costanti, partecipazione regolare a competizioni o a campionati
☐ **PROFESSIONISTA:** lo sport è il suo lavoro e ne trae guadagno

- ☐ Prima visita per l'attività sportiva AGONISTICA
☐ Sempre idoneo a tutte le visite Medico-sportive AGONISTICHE precedenti (nel caso non sia la prima)
☐ Idoneo dopo richiesta di accertamenti (QUALI?) _____
☐ Non idoneo in precedenti visite (MOTIVO?) _____

MALATTIE DI GENITORI, NONNI, FRATELLI (specificare il grado di parentela)

- ☐ Infarto ☐ Ictus
☐ Ipertensione arteriosa ☐ Diabete
☐ Colesterolo alto ☐ Morte improvvisa GIOVANILE
☐ Altro _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Nato da parto ☐ Normale ☐ Cesareo ☐ Complicato da _____

Sonno ☐ Normale ☐ Non regolare, cioè? _____

Alimentazione ☐ Normale ☐ Eccessiva ☐ Scarsa ☐ Irregolare ☐ Altro _____

Va di corpo ☐ Regolare ☐ Stitico ☐ Frequenti episodi diarroici ☐ Altro _____

Urina ☐ Normale ☐ Non regolare, cioè? _____

Beve alcoolici ☐ Mai ☐ Raramente ☐ Saltuariamente ☐ Ai pasti _____

Beve caffè ☐ Mai ☐ Raramente ☐ Saltuariamente ☐ Sì, quanti al giorno? _____

Fumatore ☐ Mai ☐ Sì, ___ sigarette al giorno, da : ___ anni ☐ Ex fumatore, per anni _____

☐ NON PORTA OCCHIALI ☐ Usa sempre occhiali o lenti a contatto durante l'attività sportiva

☐ PORTA OCCHIALI PER ☐ Miopia ☐ Astigmatismo ☐ Ipermetropia ☐ Strabismo

Ciclo mestruale (solo femmine):

☐ Non ancora mestrata ☐ Regolare ☐ Irregolare _____ ☐ In menopausa dall'età di _____

Servizio militare obbligatorio (solo maschi nati prima del 1986):

☐ Esente per legge ☐ Assolto ☐ Servizio Civile ☐ Riformato per problemi di salute _____

**MALATTIE DELL'ATLETA**

☐ Allergie	☐ Malattie congenite
☐ Asma allergico	☐ Malattie del fegato
☐ Asma da sforzo	☐ Malattie dei reni
☐ Diabete	☐ Malattie psichiche
☐ Svenimenti Improvvisi	☐ Malattie polmonari
☐ Vertigini Improvise	☐ Broncopolmoniti
☐ Mal di testa	☐ Epilessia o convulsioni
☐ Attacchi di aritmia cardiaca	☐ Scoliosi
☐ Malattie del cuore	☐ Piedi piatti
☐ Ipertensione	☐ Daltonismo/difficoltà a distinguere i colori

☐ Altro _____

INFORTUNI

☐ Nessun trauma grave

☐ Fratture (Specificare) _____

☐ Distorsioni (Specificare) _____

☐ Traumi cranici _____

☐ Altri traumi _____

INTERVENTI CHIRURGICI

☐ Nessuno ☐ Tonsille ☐ Adenoidi ☐ Appendice ☐ Ernia inguinale

☐ Altri (specificare) _____

DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA SI SONO MANIFESTATI, ALMENO UNA VOLTA, I SEGUENTI DISTURBI:

☐ Nessuno ☐ Palpitazioni ☐ Vertigini ☐ Svenimenti ☐ Crisi respiratorie ☐ Dolore toracico

☐ Altri _____

☐ Per prevenirli attua i seguenti provvedimenti _____

USA REGOLARMENTE FARMACI? ☐ No ☐ Sì; quali? _____

IMPORTANTE: DATARE E FIRMARE IL SEGUENTE RIQUADRO

Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato esattamente il medico circa le sue attuali condizioni psico-fisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Dichiara inoltre di avere pienamente recepito la modalità di esecuzione, i rischi e i benefici del test ergometrico e dà il proprio consenso all'esecuzione dello stesso allo scopo di accertare l'idoneità sportiva.

Data _____

Firma _____