

CONEGLIANO, Li \_\_\_\_\_

### AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

ANAMNESI PER L'ACCERTAMENTO D'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO E NON AGONISTICO

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Società \_\_\_\_\_ Sport \_\_\_\_\_

N° allenamenti/settimana \_\_\_\_\_ N° ore / allenamento \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Altezza m. \_\_\_\_\_ Peso kg. \_\_\_\_\_

#### MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (genitori, nonni, fratelli)

Malattie di cuore	SI	NO	Malattie polmonari	SI	NO	Tumori	SI	NO
Morte improvvisa	SI	NO	Malattie renali	SI	NO	Allergie	SI	NO
Malattie del sangue	SI	NO	Ipertensione arteriosa	SI	NO	Asma	SI	NO
Colesterolo, trigliceridi	SI	NO	Malattie del fegato	SI	NO	Ictus	SI	NO
Diabete	SI	NO						

Altre malattie \_\_\_\_\_

#### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA ANAMNESI CARDIOLOGICA

##### HA MAI SOFFERTO DI:

Malattie di cuore	SI	NO	Soffio al cuore	SI	NO
Ipertensione arteriosa	SI	NO	Aritmie (battiti irregolari)	SI	NO

##### DURANTE LA SUA VITA HA MAI ACCUSATO:

Dolore o costrizione al petto	SI	NO
Svenimenti o vertigini	SI	NO
Cardiopalmo - tachicardia	SI	NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	SI	NO

##### DURANTE E/O DOPO LO SFORZO HA MAI ACCUSATO:

Difficoltà respiratorie	SI	NO
-------------------------	----	----

E' MAI STATO SOTTOPOSTO AD ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI SI NO se SI quali: \_\_\_\_\_

#### TRAUMI SPORTIVI E NON SPORTIVI

Fratture	SI	NO	Strappi muscolari	SI	NO	Traumi cranici	SI	NO
Lussazioni	SI	NO	Tendiniti/borsiti	SI	NO	Dolori alla schiena	SI	NO
Perdite di conoscenza	SI	NO	Pubalgia	SI	NO	Distorsioni	SI	NO

Altro \_\_\_\_\_

**MALATTIE DELL'ATLETA**

Morbillo	SI	NO	Asma	SI	NO	Calcoli	SI	NO
Varicella	SI	NO	Asma da sforzo	SI	NO	Disturbi urinari	SI	NO
Parotite	SI	NO	Eczema	SI	NO	Diabete	SI	NO
Rosolia	SI	NO	Malattie Tiroide	SI	NO	Colesterolo alto	SI	NO
Pertosse	SI	NO	Sanguinamenti frequenti			Trigliceridi alti	SI	NO
Tonsilliti	SI	NO	naso / gengive	SI	NO	Acido urico alto	SI	NO
Febbre reumat.	SI	NO	Cefalea	SI	NO	Epatite virale	SI	NO
Otiti	SI	NO	Epilessia	SI	NO	Mononucleosi	SI	NO
Sinusiti	SI	NO	Convulsioni	SI	NO	Altre malattie _____		
Polmoniti	SI	NO	Mal. Intestinali	SI	NO	_____		
Allergie	SI	NO	Gastrite / Ulcera	SI	NO	_____		

**E' MAI STATO RICOVERATO?** SI NO se **SI** perché \_\_\_\_\_

**E' IN TERAPIA CON FARMACI?** SI NO se **SI** quali \_\_\_\_\_

**FUMA?** SI NO se si quanto \_\_\_\_\_

**INTERVENTI CHIRURGICI**

Tonsille	SI	NO	Ernie	SI	NO	Menisco	SI	NO
Adenoidi	SI	NO	Varicocele	SI	NO	Legamenti	SI	NO
Appendice	SI	NO	Setto nasale	SI	NO	Altri interventi _____		

**CURE ORTOPEDICHE**

Ginnastica correttiva	SI	NO	Busti	SI	NO	Scarpe ortop.	SI	NO
Plantari	SI	NO	Docce gessate/gessi	SI	NO			

**APPARATO VISIVO**

<b>FA USO D'OCCHIALI o LENTI A CONTATTO ?</b>			SI	NO				
Miopia	SI	NO	Astigmatismo	SI	NO	Ipermetropia	SI	NO
Strabismo	SI	NO	Presbiopia	SI	NO			

**ANAMNESI FIOLOGICA**

Nascita prematura	SI	NO	Idoneo al servizio militare	SI	NO
Età prima mestruazione _____			Ciclo mestruale regolare	SI	NO

**E' MAI STATO SOSPESO DALL'ATTIVITA' SPORTIVA IN PRECEDENTI VISITE MEDICO SPORTIVE?** SI NO

se **SI** per quale motivo? \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (oppure genitore se l'atleta è minorenne) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie. Dichiara inoltre che le notizie, fornite sul questionario, sono **complete e veritiere** e di non essere mai stato dichiarato **"NON IDONEO"** o di non essere attualmente **"SOSPESO"** da una qualsiasi struttura pubblica o privata di Medicina dello Sport.

Autorizza l'Équipe Medica ad espletare il test da sforzo al cicloergometro, finalizzato ad escludere e/o individuare anomalie, nella consapevolezza dei potenziali minimi rischi intrinseci ai test stessi (complicanze gravi in meno di 1/10.000 test). Dichiara di aver correttamente **compreso** le spiegazioni sul test da sforzo e di aver ottenuto dal personale medico e infermieristico tutti i chiarimenti richiesti.

FIRMA DELL'ATLETA \_\_\_\_\_

(per i minori firma del Genitore)

Il sottoscritto esprime il consenso ed autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della legge 30.06.03 n.196.

FIRMA DELL'ATLETA \_\_\_\_\_

(per i minori firma del Genitore)