

QUESTIONARIO ANAMNESTICO
(visita per per l'idoneità alla pratica sportiva non agonistica)

Dati anagrafici dell'atleta

Cognome: Nome:

Luogo di nascita: Data di nascita:.....

Recapito per eventuali comunicazioni del medico visitatore: telefono

1. In famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono stati casi di:

Ipertensione arteriosa Diabete Malattie cardiovascolari

Morte improvvisa (chi? a che età..... causa))

2. L'atleta è nato al termine dei 9 mesi di gravidanza: sì no (se *no*, a quanti mesi?....)

3. Attualmente l'atleta fuma: no sì (se *sì*, quante sigarette al giorno

4. Attualmente l'atleta beve alcolici: mai occasionalmente spesso

5. (Donne) Il ciclo mestruale è: regolare irregolare non ancora mestruata menopausa

6. L'atleta è allergico: no sì

Piante..... Farmaci

Pelo di animali Altro

7. L'atleta soffre di asma: no sì

Se *sì*, ha mai sofferto di asma da sforzo: no sì

8. L'atleta è stato ricoverato in ospedale: no sì

Per malattie, quali?.....

Per interventi chirurgici, quali?

9. L'atleta soffre di qualche malattia cronica: no sì

Se *sì* quali?.....

.....

10. L'atleta ha subito infortuni: no sì

Quali?.....

11. L'atleta ha subito traumi cranici con perdita di coscienza: no sì

Quando.....

12. L'atleta assume regolarmente farmaci: no sì

Quali e per quali malattie:

13. Disturbi soggettivi da segnalare durante o dopo l'attività sportiva:

(dolore toracico, palpitazioni, respiro difficoltoso, capogiri, svenimenti) no sì

Se *sì* quali:

Il caso di atleta minorenni specificare il nome e cognome del genitore:

Cognome Nome

Firma dell'atleta o del tutore se minore

Data

.....