

ANAMNESI PER L'ACCERTAMENTO DI MEDICINA DELLO SPORT



Uimedica
Medicina specialistica
e riabilitazione

COGNOME:.....NOME:.....

DATA DI NASCITA:.....TEL:.....

DISCIPLINA SPORTIVA:.....SOCIETA':.....

DATI FISICI

ALTEZZA m.....

PESO kg.....

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (genitori, nonni, fratelli)

Malattie di cuore	si	n o	Prima dei 50 anni	<input type="checkbox"/>	dopo i 50 an	<input type="checkbox"/>		
Morte improvvisa	si	n o	Prima dei 50 anni	<input type="checkbox"/>	dopo i 50 anni	<input type="checkbox"/>		
Malattie del sangue	si	n o	Malattie polmonari	si	no	Tumori	si	no
Colesterolo	si	n o	Malattie renali	si	no	Allergie	si	no
Trigliceridi	si	n o	Ipertensione arteriosa	si	no	Asma	si	no
Altre malattie	si	n o	Malattie del fegato	si	no	Ictus	si	no
			Miopia	si	no	Diabete	si	no

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA ANAMNESI CARDIOLOGIA

HA MAI SOFFERTO DI

Malattie di cuore	si	no	Soffio al cuore	si	no
Ipertensione arteriosc	si	no	Aritmie (battiti irregolari)	si	no

DURANTE LA SUA VITA HA MAI ACCUSATO :

Dolore o costrizione a sbarra al centro del cuore	si	no
Svenimenti o vertigini	si	no
Cardiopalmotachicardia	si	no

IN CONDIZIONI DI RIPOSO HA MAI ACCUSATO :

Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	si	no
---	----	----

DURANTE E/O DOPO LO SFORZO HA MAI ACCUSATO :

Difficoltà respiratorie	si	no
-------------------------	----	----

E' MAI STATO SOTTOPOSTO A PARTICOLARI ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI :

si no

Se si quali:

TRAUMI SPORTIVI E NON SPORTIVI

Fratture	si	no	Strappi Muscolari	si	no	Distorsioni	si	no
Lussazioni	si	no	Tendiniti / Borsiti	si	no	Traumi Cranici	si	no
Perdita Di Conoscen:	si	no	Pubalgia	si	no	Lombalgia /Dolori Alla Schie	si	no

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 Tiroidee	si	no	Colesterolo alto	si	no
Perfosse	si	no	Sanguinamenti Frequenti	si	no	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	Patologie ortopediche	si	no
Polmoniti	si	no	Ma. Intestinali	si	no	Altre malattie	si	no
Allergie	si	no	Gastrite/Ulcera	si	no			

E' mai stato ricoverato	si	no	Se SI perchè
E' in terapia con farmaci	si	no	Se SI quali

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 ortopediche	si	no
plantari	si	no	Docce gessate/gessi	si	no			

APPARATO VISIVO

FA USO DI OCCHIALI O LENTI A CONTATTO ?

Miopia	si	no	Astigmatismo	si	no	Ipermetropia	si	no
Strabismo	si	no	Presbiopia	si	no			

ANAMNESI FISIOLGICA

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 AGONISTICA O NON AGONISTICA IN PRECEDENTI VISITE MEDICO SPORTIVE si no
(Dichiarazione obbligatoria ai sensi della circolare della regione veneto n. 25694 del 20.06.86)

Se SI per quale motivo ?

DOCUMENTO DI IDENTITÀ

C.I n.:.....
Patente n.:.....
Passaporto n.:.....
C.F.:.....

FIRMA DELL'ATLETA
(per i minorenni firma del genitore)

.....

Il sottoscritto (oppure il 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 da una qualsiasi struttura pubblica o privata.

Autorizza l'equipe medica ad espletare i test ergonometrici, finalizzati ad escludere e/o individuare anomalie, nella consapevolezza dei potenziali rischi intrinseci ai test stessi.

Esprime il consenso ed autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della legge 31.12.1996 n. 675.

MOGLIANO V.TO

FIRMA DELL'ATLETA PER IL CONSENSO
(per i minorenni firma del genitore)

.....

.....

Unità locale del
Centro di
Fisiokinesiterapia
S.r.l.

Via Roma 91/G
31021
Mogliano Veneto
(TV)