

## MODULO DI ANAMNESI – MEDICINA SPORTIVA

Cognome..... Nome .....

Nato a ..... il ..... Sesso: ..... Età.....

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO

#### **Anamnesi familiare** (genitori, fratelli, nonni)

Diabete No  Sì  chi.....  
Ipertensione Arteriosa No  Sì  chi.....  
Morte improvvisa giovanile No  Sì  chi.....  
Cardiopatía ischemica od infarto No  Sì  chi.....  
Altro (specificare).....

#### **Anamnesi fisiologica**

Alimentazione Libera   regime dietetico in atto.....  
Alcolici e superalcolici Astemio  Occasionale  Bevitore  Ex-bevitore   
Fumo No  Sì  quante sigarette.....  
Uso di farmaci No  Sì  quali e perché .....

Altro (specificare) .....

#### **Soffri o hai sofferto di malattie come:**

Diabete No  Sì   
Malattie neurologiche o epilessia No  Sì   
Malattie renali No  Sì   
Traumi cranici No  Sì   
Ipertensione Arteriosa No  Sì   
Malattie e/o aritmie cardiache No  Sì   
Asma No  Sì  quali .....

Allergie No  Sì  quali .....

Interventi chirurgici subiti No  Sì  quali .....

Infortuni rilevanti o fratture No  Sì  quali .....

Altro da segnalare .....

**Per le donne:** Data primo menarca ..... Data ultima mestruazione .....

Gravidanze: No  Sì  Quante.....

#### **Anamnesi sportiva**

Sport ..... Società sportiva .....

Allenamenti a settimana..... Durata in ore.....

Quando pratici sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi No  Sì

svenimenti No  Sì

dolori toracici No  Sì

grande stanchezza No  Sì

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? No  Sì

Sei mai stato giudicato temporaneamente NON idoneo all'attività sportiva? No  Sì

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva? No  Sì



In caso affermativo quali.....

Io sottoscritto (L'ATLETA)..... dichiaro:

- di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti, di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive obbligatorie per legge;
- di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la risposta fisiologica allo stress;
- mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool;
- di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca mediante STEP-TEST e dichiara di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi l'esame;

Data ...../...../.....

Firma ..... (del genitore se l'atleta è minorenne)

---

### Esame obiettivo (da compilarsi a cura del Medico dello Sport)

Trofismo \_\_\_\_\_ Peso Kg. \_\_\_\_\_ Statura cm. \_\_\_\_\_

Apparato locomotore \_\_\_\_\_

Torace ed apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Apparato cardiocircolatorio: \_\_\_\_\_ P.A. a riposo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Addome ed organo genitali: \_\_\_\_\_

Arti: \_\_\_\_\_

Acuità visiva: naturale OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10 \_\_\_\_\_

corretta OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10 \_\_\_\_\_

Senso cromatico: \_\_\_\_\_

Udito: \_\_\_\_\_

Conclusioni esame obiettivo: \_\_\_\_\_

Firma del medico visitante: \_\_\_\_\_