

Medicina dello Sport e Tempo Libero

Cognome Nome.....

nato a il numero di telefono

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

N.B. : da consegnare al medico, compilato e firmato, al momento della visita

1) I SUOI GENITORI GODONO DI BUONA SALUTE? SI ☐ NO ☐
di quale malattia soffrono o hanno sofferto?

2) HA FRATELLI E/O SORELLE? SI ☐ NO ☐
QUALCUNO SOFFRE O HA SOFFERTO DI QUALCHE MALATTIA? NO ☐ SI ☐

Tra i Suoi familiari (genitori, fratelli, nonni, zii) si sono verificati casi di **morte improvvisa** SI ☐ NO ☐

3) E' NATO CON PARTO REGOLARE ☐ CESAREO ☐ FORCIPE ☐

4) HA AVUTO REGOLARE CRESCITA? SI ☐ NO ☐ perché

5) HA FIGLI? NO ☐ SI ☐ qualcuno soffre di qualche malattia ?

6) HA INTOLLERANZA PER QUALCHE CIBO? NO ☐ SI ☐ quale?.....

7) BEVE ALCOOLICI? NO ☐ SI ☐ che tipo quanti al dì

8) FUMA? NO ☐ SI ☐ cosa fuma ?..... quanto al dì da quanti mesi/anni.....

9) LE FUNZIONI INTESTINALI SONO REGOLARI? SI ☐ NO ☐ stitichezza ☐ diarrea ☐

10) URINA NORMALMENTE? SI ☐ NO ☐ quale disturbo lamenta?

11.1) PER GLI UOMINI, se ha effettuato la visita di leva:

È STATO DICHIARATO IDONEO? SI ☐ NO ☐ perché

HA SVOLTO IL SERVIZIO MILITARE? SI ☐ NO ☐ perché?

11.2) PER LE DONNE

A CHE ETÀ SONO COMINCIALE LE MESTRUAZIONI? SONO REGOLARI? SI ☐ NO ☐

12) DA QUALI DELLE SEGUENTI MALATTIE INFETTIVE È STATO AFFETTO?

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| ☐ MORBILLO | ☐ SCARLATTINA | ☐ REUMATISMO ARTICOLARE |
| ☐ ROSOLIA | ☐ VARICELLA | ☐ ALTRO |
| ☐ PAROTITE | ☐ EPATITE VIRALE | |
| ☐ PERTOSSE | ☐ TIFO/PARATIFO | |

13) HA SOFFERTO DI QUALCHE ALTRA MALATTIA? NO ☐ SI ☐ quale

14) HA SUBITO RICOVERI IN OSPEDALE? NO ☐ SI ☐ perché

15) HA SUBITO INFORTUNI? NO ☐ SI ☐ FRATTURE ☐ LUSSAZIONI ☐ DISTORSIONI ☐ FERITE ☐
ALTRO ☐ in quale parte del corpo?

16) INVALIDITÀ RICONOSCIUTE? I. CIVILE ☐ INPS ☐ INAIL ☐ ASS. PRIVATA ☐ NESSUNA ☐

17) DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA O IN CONDIZIONE DI RIPOSO, HA MAI AVUTO QUALCUNO DEI SOTTOELENCATI DISTURBI NO ☐ SI ☐

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| ☐ SVENIMENTI | ☐ DOLORE NEL TORACE | ☐ IRREGOLARITÀ BATTITI CARDIACI |
| ☐ CAPOGIRI | ☐ CONVULSIONI | ☐ AFFANNO ECCESSIVO O INCONSUETO |

18) HA QUALCHE ALLERGIA? NO ☐ SI ☐ a cosa

ATTUALMENTE PRATICA QUALCHE CURA O ASSUME FARMACI? NO ☐ SI ☐ quale ?

19) È A CONOSCENZA DI QUALCHE ALTERAZIONE NEI SUOI ESAMI DI LABORATORIO? NO ☐ SI ☐
quali?

20) FA USO DI UNO DEI SEGUENTI PRESIDI NO ☐ SI ☐

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|---|--|
| PLANTARI ☐ | CINTI ERNIARI ☐ | BUSTI ☐ | LENTI OCULARI CORRETTIVE ☐ | APP. ACUSTICI ☐ |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|---|--|

21) DA QUANTI ANNI PRATICA ATTIVITA' SPORTIVA? PER QUANTE ORE ALLA SETTIMANA?

Dichiarazione: io sottoscritto dichiaro di avere esattamente informato il medico circa le attuali condizioni di salute e di non essere mai stato dichiarato **non idoneo** in precedenti visite medico-sportive (se minore dev'essere attestato dal genitore consensualmente all'altro genitore). Dichiaro, inoltre che l'atleta non ha accertamenti in sospeso relativi a tali visite presso altre strutture.

Firma.....