

Medicina dello Sport e Tempo Libero

Responsabile Dott. Giuseppe Bova

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?

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> MORBILLO | <input type="checkbox"/> SCARLATTINA | <input type="checkbox"/> REUMATISMO ARTICOLARE |
| <input type="checkbox"/> ROSOLIA | <input type="checkbox"/> VARICELLA | <input type="checkbox"/> ALTRO |
| <input type="checkbox"/> PAROTITE | <input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE | |
| <input type="checkbox"/> PERTOSSE | <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> SVENIMENTI | <input type="checkbox"/> DOLORE NEL TORACE | <input type="checkbox"/> IRREGOLARITÀ BATTITI CARDIACI |
| <input type="checkbox"/> CAPOGIRI | <input type="checkbox"/> CONVULSIONI | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> | CINTI ERNIARI <input type="checkbox"/> | BUSTI <input type="checkbox"/> | LENTI OCULARI CORRETTIVE <input type="checkbox"/> | APP. ACUSTICI <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|---|--|

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.....