



**DIPARTIMENTO SPECIALISTICO TERRITORIALE
S.C. PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**

Tel. 040/3992902
Fax 040/3992935

Ospedale Maggiore, Via Slataper 9, 34125 Trieste
e-mail: ccv@asugi.sanita.fvg.it

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda
Ambulatorio Medicina dello sport - Sede di Trieste
Via Scipio Slataper 9
Telefono 040/3992039 (segreteria telefonica) – FAX 040399/2298
E – mail: medicina.sport@asugi.sanita.fvg.it
Medico responsabile: Dr. Andrea Di Lenarda

Medici referenti: Dr.ssa Arianna Ius – Dr.ssa Elena Vecile - Dr.ssa Valeria Azzini

SCHEDA ANAMNESTICA DELL'ATLETA

(da compilare a cura dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

(Atleta) Cognome: Nome: Data di nascita .../.../.....
Cell.(genitore se minorenni): Email.....
Attività di studio/lavoro:

ANAMNESI SPORTIVA

Prima visita Rinnovo È stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? NO SI

Sport per il quale è richiesta la visita:	Da quanti anni pratica questo sport?
Società:	Quante ore dedica alla settimana?

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica?
Sport praticati in passato:

ANAMNESI FAMILIARE

barrare le caselle in caso di parente affetto (padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni) e specificare il parente che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Mal. Polmonari	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Cardiomiopatie	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Celiachia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ipertensione	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Ictus/Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Obesità	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Malattie genetiche	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Note			

ANAMNESI FISIOLOGICA

barrare le caselle e compilare dove necessario

È nato da parto naturale e a termine	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	note
Allattamento al seno	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Vaccinazione antitetanica	NON SO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	ultimo richiamo:
Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Se si , quali
Ha eseguito esami del sangue nell'ultimo anno?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Se sì , erano presenti alterazioni?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Se si , quali

Consuma frutta e verdura	Raro <input type="checkbox"/>	2-3/sett <input type="checkbox"/>	4-5/sett <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>
Fumo	NO <input type="checkbox"/>	EX <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quante sigarette al giorno e da quanto tempo.....
Beve alcolici	NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	quanto?
Beve caffè/the/coca-cola	NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	quanto?
Età prima mestruazione	anni	Data ultima	mestruazione / /	
Anomalie del ciclo mestruale	NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	note
Gravidanze	NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	

ANAMNESI PATOLOGICA

Attualmente ha problemi di salute? NO SI

Ha sempre goduto di buona salute? NO SI

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie gastro-intestinali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Otiti/Sinusiti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/vie biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie muscolo-scheletriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Dolore toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Vertigini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie oculari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Alterazioni alvo/diuresi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Disturbi del sonno	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Note:.....
.....

Ha subito: **ricoveri ospedalieri?** NO SI **interventi chirurgici?** NO SI

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età:

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età:

Usa plantari/talloniere NO SI motivo:

Usa occhiali/lenti a contatto NO SI motivo:

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e riferiti dallo stesso o se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (ove necessario supportati da documentazione sanitaria accessoria), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico, di essere a conoscenza che alcol e fumo danneggiano la salute. Delego i dirigenti preposti della società o federazione sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità.

Luogo e data.....

Firma del dichiarante.....

Se minore: Il genitore.....

Legale rappresentante

Tutore

Esercente la potestà genitoriale