

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LO SPORT

Nominativo paziente **Recapito telefonico**

1. NELLA FAMIGLIA (genitori, fratelli/sorelle, nonni e zii dell'atleta) c'è qualcuno che ha sofferto delle seguenti malattie: (**Chi**: specificare se genitori, fratelli, zii, ecc — **Età**: quando è comparsa la malattia)

Morte improvvisa	No	Sì	Chi:	A che età:
Cardiopatía ischemica (infarto, by-pass, coronaropatía)	No	Sì	Chi:	A che età:
Accidente cardiovascolare (ictus, paralisi)	No	Sì	Chi:	A che età:
Cardiomiopatia (cardiomiopatia ipertrofica, S. di Brugada, malattia aritmogena del ventricolo destro, cardiomiopatia dilatativa)	No	Sì	Chi:	A che età:
Ipertensione	No	Sì	Chi:	A che età:
Diabete	No	Sì	Chi:	A che età:
Dislipidemia (colesterolo o trigliceridi alti)	No	Sì	Chi:	A che età:
Patologia tiroidea	No	Sì	Chi:	A che età:
Altro	No	Sì	Chi:	A che età:

2. ABITUDINI DI VITA DELL'ATLETA

Dieta libera	No	Sì	Da quanti anni?	
Fumo	No	Sì	Quante sigarette al giorno?	Dipendenza?
Alcolici	No	Sì	Quantità?	
Fa uso abituale di farmaci	No	Sì	Quali? Da quando? Perché?	

3. ANAMNESI PATOLOGICA

Malattie di cuore	No	Sì	Malattie del fegato	No	Sì
Soffio al cuore	No	Sì	Malattie renali	No	Sì
Ipertensione	No	Sì	Malattie del sangue	No	Sì
Cardiopalmi	No	Sì	Diabete	No	Sì
Svenimenti	No	Sì	Colesterolo alto	No	Sì
Allergia / asma	No	Sì	Infortuni e traumi	No	Sì
Covid-19	No	Sì	Interventi chirurgici	No	Sì
Polmoniti, pleuriti, pneumotorace	No	Sì	Altro	No	Sì
Farmaci	No	Sì	Malattie in atto	No	Sì
NOTE (se hai barrato "Sì" specifica):					

4. DURANTE L'ATTIVITÀ SPORTIVA HA MAI ACCUSATO

Grande stanchezza	No	Sì	Dolori al torace	No	Sì
Svenimenti	No	Sì	Dolori alle articolazioni	No	Sì
Palpitazioni	No	Sì	Altro		

Io sottoscritto dichiaro:

- di aver riferito il vero;
- di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto;
- di non essere mai stato non idoneo in precedenti visite mediche sportive di legge;
- di essere pienamente ed esaurientemente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili e sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la sua effettuazione o in conseguenza di esso; autorizzo quindi l'esecuzione degli accertamenti richiesti ed in particolare della "prova da sforzo";
- di non far uso di sostanze riconosciute illegali e di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo e dall'abuso di alcool;
- acconsento a far consegnare i risultati della visita alla società.

Data Firma paziente