

**U.O. ATTIVITÀ SPECIALISTICA**  
**“ SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT”**

**FOGLIO ANAMNESTICO (Allegato 2)**

**COGNOME E NOME DELL'ATLETA** :..... **NATO IL:** .....

**Notizie riguardanti la FAMIGLIA dell'atleta (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii)**

Segnare **SI** se è presente la malattia di cui un familiare soffre/ha sofferto; segnare **NO** se non presente

Malattia di cuore	si	no	.....	Malattie della Tiroide	si	no	.....
(Infarto, Angina, Aritmie, Cardiomiopatia, Valvulopatia, ...)				Asma/allergie	si	no	.....
Ipertensione	si	no	.....	Malattie Tumorali	si	no	.....
(Ictus Cerebrale, TIA, ..)				Altre malattie non elencate	.....		
Vasculopatie	si	no	.....	Morte Improvvisa prima dei 40 aa per cardiopatia	si	no	.....
(Emorragie cerebrali, Varici, ...)							
Diabete	si	no	.....				

**Notizie riguardanti l'ATLETA**

Segnare **SI** se è presente la malattia di cui l'ATLETA soffre/ha sofferto; segnare **NO** se non presente

Malattie dell'Infanzia	si	no	Bronco/polmonite	si	no	Diabete	si	no
Lussazione anca	si	no	Pleurite/TBC	si	no	Malattie tiroidee	si	no
Scoliosi/dorso curvo	si	no	Febbre reumatica	si	no	Enuresi (urina a letto)	si	no
Piede piatto/cavo	si	no	Malattie di cuore	si	no	Trauma cranico	si	no
Scapole alate	si	no	Malattie renali	si	no	Traumi sportivi/Fratture	si	no
Epatite virale	si	no	Malattie intestinali	si	no	Altro	.....	
Otite/sinusite/tonsillite	si	no	Asma/allergia/eczema	si	no			

Hai mai avuto annebbiamento della vista, svenimenti, sincope o quasi perdita dei sensi?	Durante esercizio/sforzo fisico	si	no
	Dopo esercizio/sforzo fisico	si	no
	Non correlato all'esercizio/sforzo fisico	si	no
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione al torace?	Durante esercizio/sforzo fisico	si	no
	Dopo esercizio/sforzo fisico	si	no
	Non correlato all'esercizio/sforzo fisico	si	no
Hai mai avuto capogiri, vertigini, nausea o vomito?	Durante esercizio/sforzo fisico	si	no
	Dopo esercizio/sforzo fisico	si	no
	Non correlato all'esercizio/sforzo fisico	si	no
Hai mai avuto fiato corto (affanno), difficoltà respiratoria, fischi o tosse?	Durante esercizio/sforzo fisico	si	no
	Dopo esercizio/sforzo fisico	si	no
	Non correlato all'esercizio/sforzo fisico	si	no
Hai mai avvertito il cuore battere irregolarmente o in maniera sproporzionata rispetto allo esercizio/sforzo fisico che stai compiendo?	Durante esercizio/sforzo fisico	si	no
	Dopo esercizio/sforzo fisico	si	no
	Non correlato all'esercizio/sforzo fisico	si	no

Ricoveri per **INTERVENTO CHIRURGICO**

Tonsille/Adenoidi	si	no	Appendicite	si	no	Ortopedico	si	no
Ernia	si	no	Varicocele/fimosi	si	no	Altro	.....	

Tipo/decorso/cure/esiti sulla malattia sopracitata .....

**L'ATLETA è guarito completamente** si no disturbi rimasti .....

**L'ATLETA sta assumendo terapia attualmente** si no .....

**L'ATLETA usa occhiali** si no lenti corneali (a contatto) si no per:  
 Miopia si no Astigmatismo si no Ipermetropia si no Strabismo si no  
 Busti Correttivi si no Rialzo/ortesi plantare si no Ginnastica Posturale si no

Il sottoscritto ..... genitore di ..... dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

**DATA**

**FIRMA LEGGIBILE**