

SCHEDA ANAMNESTICA CERTIFICATO

AGONISTICO

NON AGONISTICO

Cognome: _____ Nome: _____ Data di Nascita: ____/____/____

Città di nascita: _____ Sport: _____ Ore/Settimana: _____

Hai già eseguito altre visite per il rilascio del certificato? NO SI ANNO ULTIMA VISITA _____

Sei mai stato dichiarato SOSPESO o NON IDONEO alle visite precedenti? NO SI MOTIVO _____

A. ANAMNESI FAMILIARE

C'è qualcuno in famiglia (genitori, fratelli, sorelle o nonni) che soffre o abbia sofferto di:

Cardiopatie NO SI Chi/Età? _____ Diabete NO SI Chi/Età? _____

Morte improvvisa NO SI Chi/Età? _____ Mal. Tiroidee/Endocrine NO SI Chi/Età? _____

Infarto cardiaco NO SI Chi/Età? _____ Mal. Polmonari NO SI Chi/Età? _____

Ipertensione NO SI Chi/Età? _____ Tumori NO SI Chi/Età? _____

Colesterolo alto NO SI Chi/Età? _____ Asma/Allergie NO SI Chi/Età? _____

Obesità NO SI Chi/Età? _____ Mal. Neurologiche NO SI Chi/Età? _____

Qualche familiare è morto improvvisamente prima dei 50 anni? NO SI Chi/Età/Causa: _____

B. ANAMNESI PERSONALE FISIOLGICA

Peso (kg) _____ Statura (cm) _____ Porta occhiali da vista o lenti correttive? NO SI

Fuma NO EX SI Se **sì**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo _____

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO SI quanto? _____

Vaccinazione antitetanica: NO NON SO SI eseguita in data _____

Età prima mestruazione _____ Data ultima mestruazione _____ Gravidanze e/o aborti _____

Assume farmaci e/o integratori NO SI Se **sì**, quali _____

Ultimi esami del sangue: _____ Normali Alterati: _____

C. ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA

Allergie o Asma NO SI Malattie del fegato/vie biliari NO SI

Altre mal. respiratorie NO SI Malattie neurologiche NO SI

Anemia NO SI Malattie tiroidee NO SI

Epilessia NO SI Altre malattie endocrine NO SI

Svenimenti **NO** **SI** Neoplasie (Tumori) NO SI

Malattie di cuore **NO** **SI** Malattie psichiatriche NO SI

Pressione elevata **NO** **SI** Malattie dei reni/vie urinarie NO SI

Diabete mellito **NO** **SI** **Colesterolo elevato** **NO** **SI**

Palpitazioni o Dolore Toracico **NO** **SI** Altro _____

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO SI interventi chirurgici o fratture? NO SI

Se **sì**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età _____

D. DICHIARAZIONE DI VERIDICITÀ DEI DATI ANAMNESTICI

- Dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche

- Dichiaro di aver risposto completamente ed in modo veritiero al questionario anamnestico

Luogo e Data

Firma del dichiarante se maggiorenne

(o genitore o esercente patria potestà se minorenni)

Porcia, lì ____/____/____
