

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Atleta – Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

In che anno ha iniziato la pratica dello sport per cui è necessaria la visita odierna? .....

Pratica o ha praticato delle attività sportive?  Sì  No Se sì, quali? .....

Attualmente quanti allenamenti a settimana svolge? .....

Per quante ore ogni seduta? .....

Crocettare nella seguente tabella se in famiglia ci sono stati casi delle seguenti malattie:

- Morte improvvisa  Malattie cardiache  Infarto  Ictus  
 Pressione alta  Malattie autoimmuni  Diabete  Malattie ereditarie

Ha mai avuto necessità di accedere al pronto soccorso o è mai stato ricoverato in ospedale?  Sì  No

Per quale motivo? .....

È mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?  Sì  No Quali? .....

Ha mai subito infortuni gravi (fratture, lussazioni, traumi)?  Sì  No Nello specifico? .....

Malattie sofferte:

- Orecchioni  Varicella  Rosolia  Morbillo  Scarlattina  Mononucleosi  
 Toxoplasmosi  Tubercolosi  Broncopolmonite  Asma bronchiale  Sinusite  Epatite virale  
 Diabete  Pressione alta  Infarto  Colesterolo alto  Malattia reumatica   
Epilessia/convulsioni

Allergie e/o intolleranze alimentari? Specificare .....

Altre malattie cardiache? Specificare .....

Malattie di tiroide? Specificare .....

Crocettare nella seguente tabella se ha mai avuto qualcuno dei seguenti sintomi:

- Fiato corto  Dolore al petto  Svenimento  Battiti del cuore irregolari  Nessuno

Assume farmaci e/o integratori?  Sì  No Quali? .....

Beve caffè?  Sì  No Se sì, quanti al giorno? ..... Beve alcoolici?  Sì  No

Fuma?  Sì  No Quante sigarette al dì? ..... Ha fumato in passato?  Sì  No

Quante sigarette al dì? ..... Per quanti anni? ..... Da quanto ha smesso? .....

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore \_\_\_\_\_