

A.S.D. ASSOCIAZIONE ATLETICA INTERFLUMINA
LO SPORT NEL COMPRESORIO OGLIO PO PARMA
Centro di Medicina della Sport Interflumina

SCHEDA ANAMNISTICA DELLO SPORTIVO DA CONSEGNARE IL GIORNO DELLA VISITA
DATI IDENTIFICATIVI DI CHI SI SOTTOPONE ALLA VISITA

COGNOME.....NOME nato a..... il
 Residente a via n,.....tel (cell.).....
 E-Mail.....

ANAMNESI FAMILIARE (con riferimento ai genitori e nonni dell'atleta)

(barrare le voci NO o SI)

Morte improvvisa prima dei 50 anni	NO	SI	Se si, chi e a quale età?
Malattie Genetiche:	NO	SI	<input type="checkbox"/> Marfan <input type="checkbox"/> Brugada <input type="checkbox"/> QT lungo <input type="checkbox"/> Cardiomiopatie <input type="checkbox"/> Altre..... Chi?.....
Malattie del Cuore	NO	SI	<input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sostituzioni Valvolari <input type="checkbox"/> Stent Coronarici <input type="checkbox"/> Altre..... Chi?.....
Malattie Vascolari	NO	SI	<input type="checkbox"/> Ipertensione Arteriosa <input type="checkbox"/> Ictus <input type="checkbox"/> Altre (specificare)..... Chi?.....
Malattie Metaboliche	NO	SI	<input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia fam. <input type="checkbox"/> Altre (specificare)..... Chi?.....
Malattie Respiratorie	NO	SI	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Fibrosi Polmonari <input type="checkbox"/> Altre (specificare)..... Chi?.....
Altre patologie:	NO	SI	Specificare quale patologia? Chi?.....

ANAMNESI PERSONALE (dell'atleta che si sottopone alla visita medica)

1) Anamnesi Fisiologica

Complessivamente da quanti anni pratica attività sportiva?

Quanti giorni la settimana pratica sport? 1g 2g 3g 4g 5g 6g 7g

Quante ore di allenamento effettua al giorno? 1h 2h 3h 4h 5h >5h

L'atleta assume farmaci?

NO	SI
----	----

 Se si, quali?.....

L'atleta fuma?

NO	SI
----	----

 Da quanto tempo e quante sigarette al giorno?.....

L'atleta beve alcolici?

NO	SI
----	----

 raramente saltuariamente frequentemente

Firma leggibile dell'atleta
(se minorenni firma del genitore o di chi ne fa le veci)



.....

A.S.D. ASSOCIAZIONE ATLETICA INTERFLUMINA
LO SPORT NEL COMPRESORIO OGLIO PO PARMA

Centro di Medicina della Sport Interflumina

2) Anamnesi Patologica (dell'atleta che si sottopone alla visita medica)

Diabete (con insulina) NO SI Epilessia NO SI Ipertensione Arteriosa NO SI

Diabete (senza insulina) NO SI Convulsioni Febrili NO SI Colesterolo Alto NO SI

L'atleta ha mai eseguito accertamenti cardiologici di 2° livello per sospetto diagnostico? NO SI

Se si, quali? Ecografia Cardiaca Holter ECG Holter pressorio RMN Cuore ECG da sforzo
 Altro.....

Dolore toracico	NO	SI	Quando e motivo (se si conosce).....
Problemi Cardiaci	NO	SI	<input type="checkbox"/> Battito cardiaco accelerato rispetto a quello che si stava facendo. <input type="checkbox"/> Soffio al cuore <input type="checkbox"/> Aritmie <input type="checkbox"/> Extrasistoli <input type="checkbox"/> Febbre Reumatica <input type="checkbox"/> Infezioni al cuore <input type="checkbox"/> Altro (specificare).....
Svenimento (sincopi)	NO	SI	Quando e motivo (se si conosce).....
Problemi Respiratori	NO	SI	<input type="checkbox"/> Polmoniti <input type="checkbox"/> Bronchiti <input type="checkbox"/> Asma allergica <input type="checkbox"/> Asma da sforzo <input type="checkbox"/> Altro.....
Allergie	NO	SI	<input type="checkbox"/> Farmaci <input type="checkbox"/> Alimenti <input type="checkbox"/> Piante/erbe/pollini <input type="checkbox"/> Altro.....
Vertigini	NO	SI	Quando e motivo (se si conosce).....
Traumi Cranici	NO	SI	Quando e motivo (se si conosce).....
Malattie Ortopediche	NO	SI	<input type="checkbox"/> Scoliosi <input type="checkbox"/> Cifosi <input type="checkbox"/> Altro
Fratture	NO	SI	<input type="checkbox"/> Clavicola <input type="checkbox"/> Omero <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Ulna <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Anca <input type="checkbox"/> Femore <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Perone <input type="checkbox"/> Piede <input type="checkbox"/> Altro.....
Distorsioni	NO	SI	<input type="checkbox"/> Spalla <input type="checkbox"/> Gomito <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Ginocchio <input type="checkbox"/> Caviglia <input type="checkbox"/> Altro.....
Interventi chirurgici	NO	SI	<input type="checkbox"/> Appendice <input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Adenoidi <input type="checkbox"/> Ernie Inguinali <input type="checkbox"/> Ernia Disco <input type="checkbox"/> Menisco <input type="checkbox"/> LCA <input type="checkbox"/> Altro.....
Patologie Renali	NO	SI	Se si, cosa?.....
Problemi di vista	NO	SI	<input type="checkbox"/> Miopia <input type="checkbox"/> Ipermetropia <input type="checkbox"/> Presbiopia <input type="checkbox"/> Astigmatismo <input type="checkbox"/> Altro.....

Io Sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico circa le mie attuali psicofisiche, le patologie pregresse e di **non essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di un altro Centro**. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dell'abuso di alcool.

Il sottoscritto consente di sottoporsi all'accertamento proposto.

Dichiara altresì di essere stato pienamente ed esaurientemente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili ed infine sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la sua effettuazione o in conseguenza di esso.

Firma leggibile dell'atleta
(se minorenne firma del genitore o di chi ne fa le veci)



.....