

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO (visita NON agonistica)

**DATI DELL'ATLETA** (Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'Atleta se maggiorenne, dal genitore con i dati dell'Atleta se minorenni. La casella di scelta SI o NO dovrà essere sempre barrata).

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Sesso: M F

Nato a: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_ Residenza a: \_\_\_\_\_

Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FAMILIARE

(notizie riguardanti Nonni, Genitori, Fratelli, Sorelle)

|  |    |    |   |    |    |
|--|----|----|---|----|----|
| Eventi ischemici (Infarto, Ictus Cerebri, TIA)<br>Se sì, CHI.....  | SI | NO | Iperensione arteriosa<br>Se sì, CHI .....                                     | SI | NO |
| Morte Improvvisa Giovanile (Prima dei 50 anni)<br>Se sì, CHI.....  | SI | NO | Diabete mellito<br>Se sì, CHI .....   | SI | NO |
| Altre problematiche cardiologiche<br>(es. Fibrillazione atriale, Aritmie, Cardiomiopatie congenite, Valvulopatie) Se sì, CHI ..... | SI | NO | Altro (es. Tumori, Tireopatie, Pneumopatie, Mal. Genetiche)<br>.....<br>..... | SI | NO |

### ANAMNESI PERSONALE (notizie riguardanti l'Atleta)

#### Anamnesi Cardiologica e fattori di rischio CV Anamnesi Patologica Remota e altre informazioni

|   |    |    |   |    |    |
|---|----|----|---|----|----|
| Eventi ischemici<br>(Infarto, Ictus Cerebri, TIA)   | SI | NO | Polmoni e vie aeree<br>(es. Dispnea, Asma, Broncospasmo, BPCO, Rinite allergica)                | SI | NO |
| Aritmie cardiache<br>(es. Battiti mancanti, Fibrillazione atriale, Palpitazioni, Tachicardia) | SI | NO | Apparato Gastrointestinale<br>(es. RGE, Gastrite, RCU, Allergie e/o Intolleranze alimentari)    | SI | NO |
| Valvulopatie<br>(es. Soffi, Prolasso della v. Mitrale, Insufficienze o Stenosi valvolari)     | SI | NO | Diabete mellito   | SI | NO |
| Episodi pre-sincopali e/o sincopali<br>(es. Svenimenti, Vertigini, Capogiri)                  | SI | NO | Muscoli – Ossa - Articolazioni<br>(es. Traumi, Fratture, Scoliosi, Piedi piatti, Ernie discali) | SI | NO |
| Precordialgia<br>(es. Dolore toracico, Dolore retrosternale, Senso di oppressione)            | SI | NO | Allergie<br>(es. Dermatite, Orticaria, Rush cutaneo, Shock anafilattico)                        | SI | NO |
| Iperensione arteriosa   | SI | NO | Altro<br>(es. Tumori, Mal. Genetiche, Eemicrania, Cefalea)                                      | SI | NO |
| Ricoveri e/o Interventi Chirurgici  | SI | NO | (se SI, specificare)  |    |    |
| Farmaci   | SI | NO | (se SI, specificare)  |    |    |

### DICHIARAZIONI E CONSENSI (Le caselle vanno SEMPRE barrate dall'Atleta, se maggiorenne, o dal genitore/tutore delegato per l'Atleta minorenni).

**Dichiaro di aver informato correttamente il medico** delle condizioni psicofisiche, che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di **non aver omesso nulla** circa malattie o menomazioni pregresse o in atto.

| PRIVACY  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b><br><input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b> | ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive. |

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenni)

Firma del Medico