

### SCHEDA ANAMNESTICA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Sport \_\_\_\_\_ Allenamenti ore/settimana \_\_\_\_\_

Ha già eseguito altre visite per il rilascio del certificato? NO  SI  Anno ultima visita \_\_\_\_\_  
 E' mai stato dichiarato temporaneamente SOSPESO o NON IDONEO all'attività sportiva? NO  SI   
 Se si, indicare il MOTIVO: \_\_\_\_\_  
 E' mai stato dichiarato idoneo per una durata inferiore alla normale validità del certificato? NO  SI   
 Se si, indicare il MOTIVO: \_\_\_\_\_

#### A. ANAMNESI FAMILIARE

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

Cardiopatie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi?/Età? _____
Infarto cardiaco	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi?/Età? _____
Diabete	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi?/Età? _____
Ipertensione arteriosa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi?/Età? _____
Tumori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi?/Età? _____
Morte improvvisa giovanile	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Chi?/Età?/Causa _____

#### B. ANAMNESI PERSONALE FISIOLÓGICA

Peso (kg) \_\_\_\_\_ Statura (cm) \_\_\_\_\_  
 Alimentazione Libera  Regime dietetico \_\_\_\_\_  
 Fumo NO  SI   
 Se si, quante sigarette/giorno e da quanto tempo \_\_\_\_\_  
 Alcolici e superalcolici Astemio  Occasionale  Bevitore  Ex-bevitore   
 Porta occhiali da vista o lenti correttive? NO  SI   
 Uso di farmaci NO  SI  Se si, quali e perché \_\_\_\_\_  
 Vaccinazione antitetanica: NO  NON SO  SI  Se si, eseguita in data \_\_\_\_\_

**PER LE DONNE:** Età prima mestruazione \_\_\_\_\_ Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_  
 Gravidanze e/o aborti NO  SI

#### C. ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA

COVID - 19	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
HIV	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre mal. Endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Allergie o Asma	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Diabete	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre mal. Respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie fegato/via biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epatite	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Tumori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Daltonismo	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni o dolore toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Lesione timpano	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Extrasistoli	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>			
Soffio	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>			
Altro _____					

Ha subito: Interventi chirurgici? NO SI

Fratture? NO SI

Ricoveri ospedalieri? NO SI

Se si, indicare il motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età \_\_\_\_\_

**D. DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI**

- Dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche
- Dichiaro di aver risposto correttamente ed in modo veritiero al questionario anamnestico
- Dichiaro di voler essere sottoposto ad esame strumentale per valutazione cardiaca ste-test. Dichiaro di essere a conoscenza che tale test, in caso di rischio anche minimo, verrà immediatamente sospeso dall'equipe medica come pure potrà essere sospeso in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerando eseguito ai fini amministrativi.

Tavagnacco, il \_\_\_\_\_

Firma

(del genitore o tutore in caso di atleta minorenni)

\_\_\_\_\_