

CENTRO CARDIOVASCOLARE

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda

Ambulatorio di Medicina dello Sport – Piazza dell'Ospitale, 1 – 34125 Trieste
Tel. 040-3992039 (segreteria telefonica) - Fax 040-3992935 - E-mail: medicina.sport@asuits.sanita.fvg.it
Medici Referenti dott. Gianfranco Stupar (Responsabile), dott.ssa Irena Tavčar, dott.ssa Rosamaria Salvi

SCHEDA ANAMNESTICA

(dichiarazione dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

Cognome: Nome: D.N.: .../.../.....

Tel: Attività di studio/lavoro:

A. ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita? Società:

Da quanti anni pratica questo sport? Quante ore dedica allo sport alla settimana?

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica?

Sport praticati in passato:

Prima visita ☐ Rinnovo ☐ E' stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? Si ☐ No ☐

B. ANAMNESI FAMILIARE

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO ☐	SI ☐	Diabete mellito	NO ☐	SI ☐
Morte improvvisa	NO ☐	SI ☐	Mal. Tiroidee	NO ☐	SI ☐
Infarto del miocardio	NO ☐	SI ☐	Celiachia	NO ☐	SI ☐
Cardiomiopatie	NO ☐	SI ☐	Mal. Neurologiche	NO ☐	SI ☐
Iipertensione	NO ☐	SI ☐	Tumori	NO ☐	SI ☐
Colesterolo alto	NO ☐	SI ☐	Asma/Allergie	NO ☐	SI ☐
Obesità	NO ☐	SI ☐	Malattie polmonari	NO ☐	SI ☐

C. ANAMNESI FISIOLOGICA

È nato a termine SI ☐ NO ☐ da parto naturale SI ☐ NO ☐ Allattamento al seno SI ☐ NO ☐

Consuma frutta e verdura raramente ☐ 2-3/sett. ☐ 4-5/sett. ☐ ogni giorno ☐

Vaccinazione antitetanica NO ☐ NON SO ☐ SI ☐ ultimo richiamo:

Fuma NO ☐ EX ☐ SI ☐ Se **si**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo

Beve alcolici MAI ☐ saltuariamente ☐ SI ☐ quanto?

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

Età prima mestruazione anni Data ultima mestruazione / /

Anomalie del ciclo mestruale NO ☐ SI ☐ Gravidanze NO ☐ SI ☐

Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari NO ☐ SI ☐

Se **si**, quali

Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO ☐ Normali ☐ Alterati: ☐

D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha attualmente qualche problema di salute? SI ☐ NO ☐

Ha sempre goduto di buona salute? SI ☐ NO ☐

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie	NO ☐	SI ☐	Diabete mellito	NO ☐	SI ☐
Asma bronchiale	NO ☐	SI ☐	Colesterolo elevato	NO ☐	SI ☐
Altre mal. respiratorie	NO ☐	SI ☐	Malattie gastro-intestinali	NO ☐	SI ☐
Otiti/Sinusiti	NO ☐	SI ☐	Malattie del fegato/vie biliari	NO ☐	SI ☐
Anemia	NO ☐	SI ☐	Malattie muscolo-scheletriche	NO ☐	SI ☐
Epilessia	NO ☐	SI ☐	Malattie neurologiche	NO ☐	SI ☐
Svenimenti	NO ☐	SI ☐	Malattie tiroidee	NO ☐	SI ☐
Malattie di cuore	NO ☐	SI ☐	Altre malattie endocrine	NO ☐	SI ☐
Palpitazioni	NO ☐	SI ☐	Neoplasie (Tumori)	NO ☐	SI ☐
Dolore toracico	NO ☐	SI ☐	Malattie psichiatriche	NO ☐	SI ☐
Vertigini	NO ☐	SI ☐	Malattie dei reni/vie urinarie	NO ☐	SI ☐
Malattie oculari	NO ☐	SI ☐	Alterazioni alvo/diuresi	NO ☐	SI ☐
Pressione elevata	NO ☐	SI ☐	Disturbi del sonno	NO ☐	SI ☐

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO ☐ SI ☐ interventi chirurgici? NO ☐ SI ☐

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

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO ☐ SI ☐

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età

Usa occhiali/lenti a contatto NO ☐ SI ☐ motivo:

Usa plantari/talloniere NO ☐ SI ☐ motivo:

Firma del dichiarante
(o di un genitore o esercente la patria potestà per atleti minorenni)

Luogo e Data

. / /

Note: