

### QUESTIONARIO DI ANAMNESI

Compilazione questionario pagine 1 e 2 a cura dell'atleta o del genitore/tutore (se minorenni)

#### Dati personali dell'atleta e anamnesi fisiologica

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Altezza \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Sport praticato \_\_\_\_\_

Ore di attività sportiva settimanali \_\_\_\_\_

Sei mai risultato/a non idoneo/a alle visite sportive precedenti?  sì  no

Sei fumatore?  sì (da che età? \_\_\_\_ Numero sigarette al giorno: \_\_\_\_\_)  no

Bevi alcolici?  Ogni giorno (indica la quantità \_\_\_\_\_)  Occasionalmente  no

Fai uso di stupefacenti?  sì  no

Usi gli occhiali o lenti a contatto?  sì  no

Usi gli occhiali o lenti a contatto durante lo sport?  sì  no

Età della 1<sup>a</sup> mestruazione: \_\_\_\_\_  Ciclo regolare  Ciclo irregolare  Menopausa

Vaccinazione antitetanica  sì  no

Ha mai eseguito i seguenti esami cardiaci? Se sì, indichi anche l'anno.

Ecografia cardiaca  sì \_\_\_\_\_  no

Holter ECG delle 24 ore  sì \_\_\_\_\_  no

RMN cardiaca (risonanza magnetica)  sì \_\_\_\_\_  no

Scintigrafia miocardica  sì \_\_\_\_\_  no

TC coronarica  sì \_\_\_\_\_  no

Coronarografia  sì \_\_\_\_\_  no

#### Malattie presenti nei familiari di primo grado

Segni con una X nella tabella le eventuali malattie dei familiari

	Genitori	Fratelli/sorelle	Nonni	Zii
Morte improvvisa cardiaca prima dei 40 anni di età				
Malattie cardiache (es. infarto, cardiopatie genetiche o congenite, aritmie)				
Portatore di Pace Maker o defibrillatore				
Pressione alta				
Ictus cerebrale				
Diabete				
Colesterolo elevato				

Gira pagina >>

### Malattie attuali e passate

Indichi nella tabella le malattie presenti e passate dell'atleta (es. malattie cardiache, respiratorie, diabete, pressione alta, colesterolo alto, malattie endocrine, neurologiche, oncologiche, ortopediche, psichiatriche etc.) e indichi il farmaco assunto o eventuali altre terapie/procedure (es. radioterapia, ablazione di aritmie etc.)

Malattia	Farmaco/Terapia	Anno inizio terapia

Ha mai presentato i seguenti sintomi?

- |   |                                      |   |                             |
|---|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| Battito cardiaco irregolare   | <input type="checkbox"/> sì a riposo | <input type="checkbox"/> sì durante l'attività sportiva | <input type="checkbox"/> no |
| Battito cardiaco accelerato a riposo  |                                      | <input type="checkbox"/> sì                             | <input type="checkbox"/> no |
| Dolore al petto   | <input type="checkbox"/> sì a riposo | <input type="checkbox"/> sì durante l'attività sportiva | <input type="checkbox"/> no |
| Perdita di coscienza (sincope)  | <input type="checkbox"/> sì a riposo | <input type="checkbox"/> sì durante l'attività sportiva | <input type="checkbox"/> no |
| Mancanza di respiro a riposo  |                                      | <input type="checkbox"/> sì                             | <input type="checkbox"/> no |
| Mancanza di respiro durante sport sproporzionata rispetto all'attività svolta | <input type="checkbox"/> sì          |   | <input type="checkbox"/> no |

Elenchi eventuali distorsioni, lussazioni, fratture che hanno lasciato sintomi tuttora presenti (indichi anche l'anno)

---

---

---

Elenchi eventuali interventi chirurgici e l'anno dell'intervento

---

---

---

Confermo la veridicità dei dati compilati nell'anamnesi e di non essere stato dichiarato non idoneo alla pratica sportiva agonistica nell'arco dell'anno o negli anni precedenti.

Padova, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'atleta  
o genitore/tutore (se minorenne)

Firma del medico

---

---