

AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Modulo anamnestico per l'accertamento di idoneità allo sport non agonistico e attività ludico motoria

Nome e Cognome _____ Data di nascita e luogo _____

Residenza _____ Contatto telefonico _____

Professione _____ Età compiuta _____

Attività praticata _____ Medico di base _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni)

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore_____	SI	NO
Morte improvvisa_____	SI	NO
Ipertensione arteriosa_____	SI	NO
Infarti in giovane età (<55anni)_____	SI	NO

Altre malattie: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

In seguito ad una visita medica, le è mai stato riferito/diagnosticato:

Malattia di cuore_____	SI	NO	Soffio al cuore_____	SI	NO
Aritmie (battiti irregolari)_____	SI	NO	Ipertensione arteriosa_____	SI	NO
Colesterolo elevato_____	SI	NO	Diabete_____	SI	NO

Altre malattie: _____

Durante la sua vita ha mai accusato:

Dolore forte al petto _____	SI	NO
Svenimenti _____	SI	NO
Cardiopalmò – palpitazioni anomale _____	SI	NO
Difficoltà respiratoria improvvisa/anomala _____	SI	NO

Attualmente assume medicine? ___SI NO_____ *se SI, quali e con quale modalità/dosaggio?*

Fuma? _SI NO

E' mai stato/a sottoposto/a a interventi chirurgici o procedure cardiologiche invasive? _____SI NO
se SI, quali e in quale anno?

Il sottoscritto/o (Genitore o persona munita di delega per i minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver compreso il presente questionario in tutte le sue voci, e di avere informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie.

FIRMA
(Firma del Genitore per i minorenni)

Luogo e data;

SEZIONE A CURA DEL MEDICO:

ANAMNESI FAMILIARE _____

ANAMNESI PATOLOGICA _____

ANAMNESI SPORTIVA:

Pratica _____ da _____ anno/i, si allena _____ volte/sett, _____ min/seduta.

SINTOMI:

ANGOR _____ **SI** **NO** *DISPNEA* _____ **SI** **NO**

CARDIOPALMO _____ **SI** **NO** *SINCOPI/PRESINCOPI* _____ **SI** **NO**

ALTRI SINTOMI: _____

ESAME OBIETTIVO

TORACE E APPARETO RESPIRATORIO: nei limiti di norma _____ **SI** **NO** _____

CUORE:

Toni cardiaci normali e ritmici _____ **SI** **NO** Note: _____

Pause libere _____ **SI** **NO** _____

Polsi periferici validi e simmetrici _____ **SI** **NO** _____
(femorali nei bambini)

ADDOME: _____

LOCOMOTORE: _____

ALTRO: _____

ECG BASALE: in allegato **PRESSIONE ARTERIOSA** _____ **mmHg**

CONCLUSIONI: **IDONEO** **NON IDONEO** **ACCERTAMENTI**

DATA: _____
Firma

