



magalini medica
-SERVIZIO di MEDICINA dello SPORT-

Scheda anamnestica ai fini della certificazione di Idoneità allo sport agonistico

GENERALITA'
Cognome e Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Residenza _____
Telefono _____
documento di riconoscimento
- dell'atleta (se maggiorenne)
- di un genitore (_____) CI/Pat. _____
Codice Fiscale _____
Società sportiva di appartenenza _____
STORIA FAMILIARE
Tra i Suoi familiari (compresi nonni, zii, cugini) qualcuno soffre o ha sofferto di una o più delle seguenti malattie:
-morte improvvisa ed inattesa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ a che età? _____
-malattie di cuore si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ quale malattia? _____ a che età? _____
-ipertensione arteriosa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ a che età? _____
-ictus cerebrale si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ a che età? _____
-colesterolo/trigliceridi elevati si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ a che età? _____
-diabete mellito si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ a che età? _____
-asma bronchiale si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ a che età? _____
-tumori si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ quale? _____ a che età? _____
-malattie della tiroide si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> chi? _____ a che età? _____
STORIA PERSONALE
FISIOLOGICA
Attività lavorativa _____
Fuma? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se si, quanto? _____ da quanti anni? _____
Beve alcolici? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> se si, quanto? _____ da quanti anni? _____
Assume droghe? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> quali e quante? _____ da quanti anni? _____
SPORTIVA
Sport per cui si richiede l'Idoneità agonistica _____
Da quanti anni viene praticato questo sport? _____
Per quante ore settimanali? _____
Attualmente pratica anche altri sport? ____ se si, quali? _____ per quante ore settimanali? _____
In passato ha praticato altri sport? ____ se si, quali? _____ per quante ore settimanali? _____
E' stato mai sottoposto a visite di idoneità agonistica? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Quando l'ultima volta? _____
E' stato giudicato idoneo? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha in corso attualmente pratiche di Medicina dello Sport presso altra struttura pubblica o privata? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

INTERISTICA					
	SI	NO		SI	NO
- malattie esantematiche dell'infanzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- tonsilliti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- malattia reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- malattie allergiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- allergie alimentari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- allergie a farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- broncopolmonite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- epatite virale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- malattie della tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- malattie renali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sangue nelle urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- attualmente sta assumendo farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-altro _____					
CARDIOLOGICA					
Si prega di fornire i referti di eventuali elettrocardiogrammi, ecocardiogrammi, test da sforzo, ECG Holter e Holter pressori eseguiti in passato					
ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICA					
Le sono mai stati riscontrati / ha mai portato / ha mai avuto:					
	SI	NO		SI	NO
- lussazione congenita di anca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- piedi piatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- scoliosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- scapole alate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rialzi ai piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- bustini correttivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- strappi o stiramenti muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- tendiniti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-lesioni meniscali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- lesioni ai legamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-distorsioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- lussazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-fratture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
NEUROLOGICA					
Ha mai avuto:					
-epilessia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			-traumi cranici importanti si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
OSTETRICO GINECOLOGICA					
Prima mestruazione all'età di _____			Data dell'ultima mestruazione _____		
Gravidanze _____			Uso di contraccettivi orali _____		

Il sottoscritto (o Genitore in caso di minore) dichiara di aver informato esaurientemente il Dr. _____ in merito alle attuali condizioni psico-fisiche ed alle eventuali precedenti malattie.

Dichiara inoltre di non avere in sospeso accertamenti presso altre strutture pubbliche o private accreditate ai fini del rilascio della certificazione di idoneità alla pratica dello sport agonistico.

Dichiara che quanto esposto nel questionario corrisponde a verità.

Data _____

Firma _____

Magalini Medica

Via San Marco, 37 - 36061 Bassano del Grappa (VI) - Tel 0424 566821