



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