

**Questa scheda è strettamente personale e deve essere compilata e firmata dall'atleta (o da uno dei genitori in caso di atleta minorenni)**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Documento identità: n° \_\_\_\_\_  
 Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
 Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 Attività lavorativa \_\_\_\_\_ Scolarità \_\_\_\_\_  
 Sport agonistico per cui si richiede la visita \_\_\_\_\_  
 Società sportiva \_\_\_\_\_ Anno di inizio attività agonistica \_\_\_\_\_  
 Eventuali periodi d'interruzione dell'attività agonistica e motivo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 L'allenamento si svolge nei seguenti giorni: \_\_\_\_\_ per un totale di ore/settimana n. \_\_\_\_\_  
 Altri sport praticati attualmente \_\_\_\_\_ per un totale di ore/settimana n. \_\_\_\_\_

### NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Vivente			Età attuale o di morte			Malattie ed eventuale causa di morte		
Nonno P	SI	NO						
Nonna P	SI	NO						
Nonna M	SI	NO						
Nonno M	SI	NO						
Padre	SI	NO						
Madre	SI	NO						
Fratello	SI	NO						
Fratello	SI	NO						
Sorella	SI	NO						
Sorella	SI	NO						
_____	SI	NO						
_____	SI	NO						

Leggere attentamente le malattie sottostanti e nel caso uno dei familiari soffra o abbia sofferto di una qualunque delle malattie riportate barrare il si

MALATTIE DI CUORE	SI	NO	MALATTIE POLMONARI	SI	NO	EPILESSIA	SI	NO
ICTUS (PARALISI)	SI	NO	ASMA BRONCHIALE	SI	NO	TUMORI	SI	NO
MORTE IMPROVVISA	SI	NO	ALLERGIA	SI	NO	ULCERA	SI	NO
COLESTEROLO ALTO	SI	NO	MALATTIE RENALI	SI	NO	MALATTIE GENETICHE	SI	NO
DIABETE	SI	NO	MALATTIE DEL SANGUE	SI	NO	MALATTIE AUTOIMMUNI	SI	NO
IPERTENSIONE	SI	NO	MALATTIE DEL NERVOSE	SI	NO			
OBESITA'	SI	NO	MALATTIE TIROIDEE	SI	NO			
ALTRE MALATTIE								

### NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

**Quante sigarette fuma al giorno ?** \_\_\_\_\_ da quanti anni ? \_\_\_\_\_ in passato fumava ? \_\_\_\_\_ da quanti anni ha smesso ? \_\_\_\_\_


**Quanto vino e/o birra beve al giorno ?** \_\_\_\_\_ 0 litri \_\_\_\_\_ meno di 0.5 litri \_\_\_\_\_ da 0.5 a 1 litro \_\_\_\_\_ oltre 1 litro

**Quanti caffè beve al giorno ?** \_\_\_\_\_ 0 caffè \_\_\_\_\_ 1-3 caffè \_\_\_\_\_ da 3-5 caffè \_\_\_\_\_ oltre 5 caffè

**Atleta di sesso femminile** età prima mestruazione \_\_\_\_\_ data ultima mestruazione \_\_\_\_\_

Soffre di disturbi del ciclo ? SI NO

Assume anticoncezionali ? SI NO

	<p align="center">Documento Interno  <b>SCHEDA ANAMNESTICA DELL'ATLETA AGONISTA</b>          UOC Medicina dello Sport</p>	<p align="right">DI/00006          REV2          16/04/2019</p>
--	---	---

**Le è mai stato riscontrato durante una visita medica:**

MALATTIA CARDIACA	SI	NO
SOFFIO CARDIACO	SI	NO
IPERTENSIONE ARTERIOSA	SI	NO
ARITMIE CARDIACHE	SI	NO
ALTRO	SI	NO

**Sente attualmente o ha mai accusato nel passato qualcuno dei seguenti disturbi a riposo o durante la sport ?**

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO	SI	NO
CUORE CHE ABTTE IN MANIERA IRREGOLARE	SI	NO
SVENIMENTI SINCOPI	SI	NO
CAPOGIRI	SI	NO
DIFFICOLTA' DI RESPIRO	SI	NO
AFFATICAMENTO SPROPORZIONATO ALLO SFORZO	SI	NO
ALTRI SINTOMI	SI	NO

**Soffre o ha mai sofferto di:**

FREQUENTI TONSILLITI	SI	NO	MALATTIE INTESTINALI	SI	NO	MALATTIE DELLA TIROIDE	SI	NO
MALATTIA REUMATICA	SI	NO	EPATITE VIRALE	SI	NO	CEFALEA FREQUENTE	SI	NO
FREQUENTI OTTITI	SI	NO	ULCERA	SI	NO	EPILESSIA	SI	NO
BRONCOPOLMONITI	SI	NO	MALATTIE RENALI	SI	NO	FRATTURE	SI	NO
PLEURITE	SI	NO	SANGUE NELLE URINE	SI	NO	LUSSAZIONI	SI	NO
TUBERCOLOSI	SI	NO	INFEZIONI URINARIE	SI	NO	GRAVI DISTORSIONI	SI	NO
ASMA BRONCHIALE	SI	NO	MALATTIE DEL SANGUE	SI	NO	GRAVI STRAPPI MUSCOLARI	SI	NO
BRONCHITI ASMATICHE	SI	NO	ANEMIA	SI	NO	LESIONI MENISCALI	SI	NO
ASMA DA SFORZO	SI	NO	MALATTIE CUTANEE	SI	NO	LESIONI LEGAMENTI	SI	NO
RINITI ALLERGICHE	SI	NO	GRAVI PROB. DENTARI	SI	NO	GRAVI TENDINITI	SI	NO
ALTRE ALLERGIE	SI	NO	DIABETE	SI	NO	PUBALGIA	SI	NO
MENINGITE	SI	NO	COLESTEROLO ELEVATO	SI	NO	TRAUMA CRANICO	SI	NO
MONONUCLEOSI	SI	NO	DIGESTIONE LENTA	SI	NO	STITICHEZZA	SI	NO
ANSIA	SI	NO	INSONNIA	SI	NO	ALTRO		

**E' mai stato operato ?**      SI      NO      Se si indicate il tipo di intervento chirurgico \_\_\_\_\_

**Attualmente sta assumendo farmaci, integratori alimentari, vitamine, fitofarmaci ?**      SI      NO

Se SI specificare quali e a quale dosaggio \_\_\_\_\_

**Fa uso di occhiali e/o di lenti a contatto**      SI      NO

**DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 23/06/86 :**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di:    essere     non essere

stato sottoposto a precedenti visite medico sportive.

A seguito dell'ultima visita medico sportiva, eseguita nell'anno \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ sono     non sono stato dichiarato

idoneo alla pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_

*Dichiaro sotto la mia responsabilità, pena la nullità dell'atto, che le notizie da me fornite con la presente scheda sono complete e veritiere.*

Data \_\_\_\_\_      firma dell'atleta (se maggiorenne) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_      firma del primo genitore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_      firma del secondo genitore nei casi previsti dalla legge \_\_\_\_\_