



CENTRO MEDICO MARGHERITA

**MODULO DI ANAMNESI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Questionario anamnestico**

**Anamnesi familiare** (Genitori, fratelli, nonni)

Diabete Si  No  chi \_\_\_\_\_  
Ipertensione Arteriosa Si  No  chi \_\_\_\_\_  
Morte improvvisa giovanile Si  No  chi \_\_\_\_\_  
Cardiopatia ischemica od infarto Si  No  chi \_\_\_\_\_  
Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Anamnesi fisiologica**

Alimentazione Libera  regime dietetico in atto \_\_\_\_\_  
Fumo Si  quante sigarette \_\_\_\_\_ No   
Alcolici e superalcolici Astemio  Occasionale  Bevitore  Ex-bevitore   
Uso di farmaci Si  No   
quali e perchè \_\_\_\_\_  
Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Per le donne: Data primo menarca \_\_\_\_\_ Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_  
Gravidanze Si  No  quante \_\_\_\_\_

**Soffri o hai sofferto di malattie come:**

Diabete Si  No  Ipertensione Arteriosa Si  No   
Malattie neurologiche o epilessia Si  No  Malattie e/o aritmie cardiache Si  No   
Malattie renali Si  No  Asma Si  No   
Allergie Si  No  quali \_\_\_\_\_  
Interventi chirurgici subiti Si  No  quali \_\_\_\_\_  
Infortuni rilevanti o fratture Si  No  quali \_\_\_\_\_  
Traumi cranici Si  No   
Altro \_\_\_\_\_



CENTRO MEDICO MARGHERITA

**Anamnesi sportiva**

Sport \_\_\_\_\_ Società sportiva \_\_\_\_\_

Allenamenti a settimana \_\_\_\_\_ Durata in ore \_\_\_\_\_

Quando pratici sport, hai mai accusato:

disturbi improvvisi Si  No  dolori toracici Si  No

svenimenti Si  No  grande stanchezza Si  No

Hai già eseguito visite per l'idoneità agonistica? Si  No

Sei mai stato giudicato NON idoneo o sospeso nel corso di tali visite? Si  No

In caso affermativo, indicare la ragione \_\_\_\_\_

Hai mai eseguito ulteriori accertamenti successivi alle visite di idoneità sportiva Si  No

In caso affermativo quali \_\_\_\_\_

**Dichiarazione ex. D.M.18/02/82:** va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenne, da almeno un genitore. Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o d'atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso dell'alcool.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ **(del genitore se l'atleta è minorenne)**

**Esame obiettivo**

Trofismo \_\_\_\_\_ Peso Kg. \_\_\_\_\_ Statura cm. \_\_\_\_\_

Apparato locomotore \_\_\_\_\_

Torace ed apparato respiratorio \_\_\_\_\_

Apparato cardiocircolatorio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ P.A. a riposo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Addome ed organo genitali: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acuità visiva: naturale OD \_\_\_\_\_ /10 OS \_\_\_\_\_ /10

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ corretta OD \_\_\_\_\_ /10 OS

\_\_\_\_\_ /10 \_\_\_\_\_

Senso cromatico: \_\_\_\_\_

Udito: \_\_\_\_\_

Conclusioni esame obiettivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_