



fisioterapia · ortopedia · analisi del movimento

ANAMNESI PER L'ACCERTAMENTO D'IDONEITA' ALLO SPORT AGONISTICO

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita _____
Sport praticato _____ Squadra/Società _____
Altri sport eventuali praticati _____ Ore medie/settimana di allenamento _____

Per favore legga bene con attenzione: lo scopo del questionario è aiutare il medico a conoscere meglio il paziente, capire eventuali fattori di rischio e facilitare la visita. Tutte le domande verranno riviste insieme al medico.

1. Tra i suoi FAMIGLIARI (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini, figli) vi sono stati casi di:

- ☐ Morte improvvisa
- ☐ Infarto miocardico
- ☐ Aritmie cardiache, miocardiopatie, altri problemi cardiaci
- ☐ Ipertensione/ pressione alta
- ☐ Altre malattie ricorrenti in famiglia (neurologiche, tiroidee, del sangue...) _____
- ☐ Ipercolesterolemia /colesterolo alto
- ☐ Ictus
- ☐ Asma bronchiale o altre malattie respiratorie
- ☐ Diabete mellito
- ☐ Tumori
- ☐ Malattie genetiche ereditarie

2. Lei (ATLETA) ha mai avuto di malattie importanti? E' mai stato ricoverato in ospedale o ha subito interventi chirurgici?

- ☐ Sì (e se sì quali) _____

☐ No

3. Prende farmaci?

- ☐ Sì (se sì quali) _____

☐ No

4. Ha mai avuto problemi cardiaci: soffio, aritmie, problemi valvolari, infarto, miocardite, cardiomiopatie o altro?

- ☐ Sì (e se sì quali) _____

☐ No _____

5. A riposo e/o durante o dopo esercizio fisico avverte mai:

- ☐ Il cuore che batte in modo irregolare, "salta un colpo" o che va improvvisamente più rapido/lento, palpitazioni, cardiopalmo
- ☐ Dolore, peso o costrizione al petto
- ☐ Mancanza di respiro
- ☐ Capogiri, vertigini, malessere
- ☐ Nessuna delle precedenti

6. E' mai svenuto nella sua vita?

- ☐ Sì
- ☐ No

7. E' allergico e/o asmatico?

- ☐ Sì
- ☐ No

8. E' iperteso o le hanno mai detto che ha la pressione alta?

- ☐ Sì
- ☐ No

9. Ha il colesterolo alto?

- ☐ Sì
- ☐ No

10. E' diabetico?

- ☐ Sì
- ☐ No

11. Ha malattie renali, tiroidee, intestinali, polmonari, oculari?

- ☐ Sì (se sì quali) _____
- ☐ No



fisioterapia · ortopedia · analisi del movimento

12. Soffre/ha sofferto di epilessia, convulsioni o altre malattie neurologiche?

- ☐ Sì
- ☐ No

13. Ha mai avuto incidenti, traumi importanti, infortuni sportivi o traumi cranici?

- ☐ Sì (se sì quali) _____
- ☐ No

14. Fuma?

- ☐ Sì (se sì quante sigarette al giorno e da quanto tempo) _____
- ☐ No

15. Abusa di alcol, sostanze proibite o dopanti?

- ☐ Sì
- ☐ No

16. (Solo Per le atlete) Il ciclo mestruale è regolare?

- ☐ Sì
- ☐ No

17. E' sempre risultato idoneo alla visita medico-sportiva agonistica?

- ☐ Sì
- ☐ No

18. Ha mai svolto accertamenti ulteriori in seguito alla visita medico-sportiva (ecocardiogramma, Holter ECG, risonanza cuore o altri)?

- ☐ Sì
- ☐ No

19. E' mai risultato positivo al Covid-19?

- ☐ Sì
- ☐ No

20. Altre notizie cliniche rilevanti da segnalare: _____

Il sottoscritto (oppure genitore/tutore se l'atleta è minorenne) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie. Dichiara inoltre che le notizie, fornite sul questionario, sono complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato "NON IDONEO" o di non essere attualmente "SOSPESO" per l'attività sportiva agonistica da una qualsiasi struttura pubblica o privata di Medicina dello Sport.

Treviso, lì ____/____/____

FIRMA DELL'ATLETA
(per i minori: firma del Genitore/Tutore)