



fisioterapia · ortopedia · analisi del movimento

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

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita _____ Data odierna _____

Per favore legga con cura prima di firmare. Lo scopo di questo questionario è aiutare il medico a conoscere meglio il paziente, individuare eventuali fattori di rischio e facilitare la visita medico sportiva. Nessuna risposta impedirà l'ottenimento dell'idoneità. Tutte le domande verranno riviste assieme al medico.

Per favore risponda sinceramente SI o NO ad ogni domanda:

Nella sua famiglia (mamma, papà, nonni, zii, fratelli) vi sono stati casi di morte improvvisa?	SI	NO
Nella sua famiglia ci sono casi di pressione alta, diabete, colesterolo alto, infarto, ictus?	SI	NO
Assume regolarmente qualche medicina?	SI	NO
Ha qualche malattia cronica (esempi: epilessia, ipotiroidismo, diabete, ipertensione, asma)?	SI	NO
Ha mai avuto malattie o problemi cardiaci?	SI	NO
Ha mai avuto problemi o sintomi durante l'attività fisica/sport?	SI	NO
E' mai svenuto?	SI	NO
E' mai stato ricoverato in ospedale per qualsiasi motivo?	SI	NO
Ha mai subito interventi chirurgici?	SI	NO
Ha mai avuto incidenti, traumi o infortuni sportivi?	SI	NO
Fuma?	SI	NO
Ha allergie?	SI	NO
E' mai risultato positivo al Covid-19?	SI	NO

Dichiaro di aver letto e compreso il questionario e confermo che le informazioni che ho fornito sulla mia anamnesi sono accurate e veritiere.

Firma del paziente
(per i minori: firma del Genitore/Tutore)