



Codice Documento	SA_019
Revisione	2.0
Data	25/01/2025

SCHEDA ANAMNESTICA AGONISTICA

(DICHIARAZIONE DELL'ATLETA O DI UNO DEI GENITORI PER I MINORI DI ANNI 18)

Cognome: Nome: D.N.:/...../.....

Tel.: Attività di studio/lavoro:

A. Anamnesi sportiva

Sport per il quale è richiesta la visita: Società:

Pratica sport come: agonista non agonista professionista

Da quanti anni pratica questo sport? Quante ore dedica a questo sport alla settimana?

Prima visita Rinnovo Sempre idoneo alle precedenti visite

Idoneo dopo accertamenti: holter-ecg 24h ecocardiogramma holter pressorio

Non idoneo in precedenti visite per

B. Anamnesi familiare

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Polmonari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Iperensione	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Obesità	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

C. Anamnesi personale

Fumo: mai fumato fuma dall'età di anni Sigarette/giorno

ex fumatore, ha fumato per anni sigarette/giorno

Beve caffè: mai raramente si al giorno

Beve alcolici: mai raramente ai pasti

Vaccinazioni: è in regola con le vaccinazioni obbligatorie

Usa occhiali/lenti a contatto? NO SI Motivo:

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie gastro-intestinali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Otiti/sinusiti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/vie biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie muscolo-scheletriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>



Svenimenti	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
Palpitazioni	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
Dolore toracico	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
Vertigini	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
Disturbi visivi	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>				

Ha subito interventi chirurgici? NO SI

Se sì, indicare tipo di intervento ed età

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni? NO SI

Se sì, indicare tipo di lesione ed età

Non sto assumendo farmaci per cure a lungo termine

Sto assumendo

Per le Atlete:

non mestruta mestruta ciclo mestruale regolare. Età prima mestruazione

disturbi mestruali in menopausa dall'età di

DICHIARAZIONE DI VERIDICITA' DEI DATI ANAMNESTICI

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici forniti in visita, inerenti a patologie passate e presenti, sono veri e riferiti a me stesso, senza errori od omissioni che possono compromettere od ingannare il giudizio medico; di non essere mai stato riconosciuto non idoneo in visite precedenti, di non avere in sospeso alcuna visita medico-sportiva presso altre strutture di Medicina dello Sport.

Piove di Sacco, li ___/___/_____

Firma del dichiarante (o di un genitore per atleti minori)

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI

Prima di eseguire la procedura, sono stato informato sulle specifiche modalità di esecuzione della stessa.

Sono stato perciò messo al corrente che: l'esame consta di uno sforzo fisico praticato su una cyclette e che lo sforzo verrà protratto fino al raggiungimento di specifici criteri elettrocardiografici e/o clinici, a meno che io non sia particolarmente affaticato per cui la prova verrà interrotta.

Sono stato altresì messo al corrente dei disturbi che eventualmente potrebbero insorgere durante l'indagine (dolore al petto, difficoltà nella respirazione, palpitazioni, senso di mancamento); della necessità di avvertire tempestivamente il personale medico ed infermieristico non appena tali sintomi dovessero manifestarsi; dei rischi insiti nell'indagine che, anche se prescritta e condotta secondo le più moderne conoscenze mediche, può, in casi molto rari provocare l'insorgenza di aritmie o fugaci svenimenti e in casi eccezionali un infarto del miocardio o arresto cardiaco; del diritto a ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza alcuna spiegazione.

Prima dell'esecuzione dell'indagine sono stato esaminato dal medico che ha accertato che non sussistono condizioni per cui la prova debba essere rinviata o sospesa. Ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Accetto di sottopormi agli accertamenti previsti dalle normative relative alla visita di idoneità sportiva e all'esecuzione delle prove da sforzo.

Piove di Sacco, li ___/___/_____

Firma del medico

Firma del dichiarante