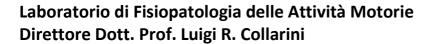
CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT





Questo questionario è utile al medico che visita per ricevere notizie precise in merito alla salute dell'interessato e ha inoltre valore legale. Deve perciò essere compilato con cura e firmato dai genitori o dal tutore legale se l'atleta è minorenne, dall'atleta stesso se maggiorenne.

In caso di mancata compilazione e firma di codesto questionario non sarà possibile rilasciare il certificato di idoneità alla pratica agonistica.

COGNOME	NOME				
Età					
Anamnesi Familiare					
I genitori sono entrambi viventi?				SI	NO
se NO indicare la causa di morte e	l'età del	decesso	·		
In famiglia (genitori, fratelli, cugin	i, zii, nonr	ni) ci sor	no stati casi di:		
ICTUS	SI	NO	se si indicare il grado parentela _		
IPERTENSIONE ARTERIOSA	SI	NO	se si indicare il grado parentela _		
INFARTO	SI	NO	se si indicare il grado parentela _		
MALFORMAZIONI CARDIACHE	SI	NO	se si indicare il grado parentela _		
ARITMIE	SI	NO	se si indicare il grado parentela _		
DIABETE	SI	NO	se si indicare il grado parentela _		
MORTE IMPROVVISA	SI	NO	se si indicare il grado parentela _		
Anamnesi Fisiologica					
L'atleta è nato con parto naturale	o cesared	o?			
L'atleta ha avuto uno sviluppo psico – fisico normale?					NO
se NO indicare i problemi riscontra	ati				
L'atleta fuma? se SI quante sigarette al giorno				SI	NO
oc or quarite significe at giorno					
L'atleta consuma abitualmente alcolici o superalcolici? se SI con quale frequenza					NO



CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT



Laboratorio di Fisiopatologia delle Attività Motorie Direttore Dott. Prof. Luigi R. Collarini

<u>Se l'atleta è di sesso femminile</u>					
Menarca (età prima mestruazione) Data ultima mestruazione					
L'atleta assume la pillola anticoncezionale	?			SI	NO
Anamnesi Patologica					
L'atleta soffre o ha sofferto di:					
MALATTIE CARDIACHE	SI	NO	SE SI QUALI		
MALATTIE RESPIRATORIE	SI	NO	SE SI QUALI		
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	SI	NO	SE SI QUALI		
MALATTIE RENALI	SI	NO	SE SI QUALI		
MALATTIE NEUROLOGICHE	SI	NO	SE SI QUALI		
MALATTIE ORTOPEDICHE	SI	NO	SE SI QUALI		
ALLERGIE	SI	NO	SE SI QUALI		
ALTRE MALATTIE	SI	NO	SE SI QUALI		
L'atleta è stato sottoposto ad interventi ch se SI quali	SI	NO			
Ha subito infortuni (fratture, distorsioni, tr	SI	NO			
L'atleta assume farmaci? se SI quali				SI	NO
per quale patologia					
L'atleta ha mai avuto palpitazioni o svenim	nenti imi	arovvis	i?	SI	NO
E durante l'attività sportiva?					
L'atleta ha dovuto sospendere l'attività spo se SI per quale motivo	SI	NO			
Firma dell'atleta se maggiorenne o del gen	itore/tu	itore ₋			
Data Recapito tele					

