



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Atleta – Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ANAMNESI FAMILIARE

Con riferimento a genitori e nonni dell'Atleta, ci sono stati casi di:

malattie cardiovascolari  ictus  ipertensione  diabete  morte improvvisa  nessuno dei precedenti

### ANAMNESI FISIOLÓGICA

Frequenza settimanale dell'attività sportiva esercitata:  1gg  2gg  3gg  4gg  5gg  6gg  7gg

Altri indicatori di intensità sportiva (es. Km percorsi) \_\_\_\_\_

L'Atleta assume regolarmente farmaci?  Sì  No

Se Sì quali? \_\_\_\_\_

Fumo?  Sì  No

Alcool?  Sì  No

Solo per Atleta di genere femminile:

Menarca  Sì  No -- Se Sì a che età? \_\_\_\_\_

Menopausa  Sì  No -- Se Sì a che età? \_\_\_\_\_

Data ultima mestruazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### ANAMNESI PATOLOGICA

L'Atleta ha mai eseguito accertamenti cardiologici di 2° livello per sospetto diagnostico?  Sì  No

Se Sì quali?  holter ECG  holter pressorio  ecocardiocolordoppler  test sforzo massimale  RMN

altro \_\_\_\_\_

L'Atleta ha mai avuto alcuni di questi sintomi?  Sì  No

battito cardiaco accelerato  extrasistoli o palpitazioni  sensazioni di vertigini o svenimento

dolore toracico  mancanza improvvisa di respiro  altro \_\_\_\_\_

Se Sì  a riposo  o sotto sforzo

L'Atleta ha mai avuto episodi convulsivi?  Sì  No -- Se Sì a che età? \_\_\_\_\_

L'Atleta ha mai sofferto di reumatismi del sangue?  Sì  No

L'Atleta ha mai sofferto di allergie?  Sì  No

Se sì quali?  farmaci  alimenti  piante/erbe/polline  altro \_\_\_\_\_

L'Atleta è mai stato ricoverato in ospedale?  Sì  No

Se Sì per quale malattia?  di tipo renale  altro \_\_\_\_\_

Se Sì per quale intervento chirurgico?  appendice  tonsille  ernia del disco  ernia inguinale  LCA

menisco  altro \_\_\_\_\_

L'Atleta ha mai subito infortuni significativi?  Sì  No

Di che tipo?  fratture  distorsioni  lussazioni

Da Sport?  Sì  No

Tipologia di frattura:  omero  radio  ulna  femore  tibia  perone  altro \_\_\_\_\_

Tipologia di distorsione:  ginocchio  caviglia  polso  gomito

L'Atleta ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza?  Sì  No -- Se Sì a che età? \_\_\_\_\_

L'Atleta attualmente soffre di qualche patologia?  Sì  No

Se Sì quali?  epilessia  diabete  allergie  ipertensione  altro

Firma leggibile dell'interessato/a o del tutore se minore \_\_\_\_\_