

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO (visita NON agonistica)  
DR. SANTORO EMANUELE**

**DATI DELL'ATLETA** (Il questionario è strettamente personale e va compilato dall'Atleta se maggiorenne, dal genitore con i dati dell'Atleta se minorenne. La casella di scelta SI o NO dovrà essere sempre barrata).

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Sesso: M F

Nato a: \_\_\_\_\_ Ii: \_\_\_\_\_ Residenza a: \_\_\_\_\_

Prov: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Numero Carta d'identità : \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE (notizie riguardanti Nonni, Genitori, Fratelli, Sorelle)**

Eventi ischemici (Infarto, Ictus Cerebri, TIA) Se sì, CHI.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Ipertensione arteriosa Se sì, CHI .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Morte Improvvisa Giovanile (Prima dei 50 anni) Se sì, CHI.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Diabete mellito Se sì, CHI .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Altre problematiche cardiologiche (es. Fibrillazione atriale, Aritmie, Cardiomopatie congenite, Valvulopatie) Se sì, CHI.....	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Altro (es. Tumori, Tireopatie, Pneumopatie, Mal. Genetiche) .....	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**ANAMNESI PERSONALE (notizie riguardanti l'Atleta) Anamnesi Cardiologica e fattori di rischio CV Anamnesi Patologica**
**Remota e altre informazioni**

Eventi ischemici (Infarto, Ictus Cerebri, TIA)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Polmoni e vie aeree (es. Dispnea, Asma, Broncospasmo, BPCO, Rinite allergica)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Aritmie cardiache (es. Battiti mancanti, Fibrillazione atriale, Palpitazioni, Tachicardia)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Apparato Gastrointestinale (es. RGE, Gastrite, RCU, Allergie e/o Intolleranze alimentari)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Valvulopatie (es. Soffi, Prolasso della v. Mitrale, Insufficienze o Stenosi valvolari)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Diabete mellito	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Episodi pre-sincopali e/o sincopali (es. Svenimenti, Vertigini, Capogiri)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Muscoli – Ossa - Articolazioni (es. Traumi, Fratture, Scoliosi, Piedi piatti, Ernie discali)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Precordialgia (es. Dolore toracico, Dolore retrosternale, Senso di oppressione)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Allergie (es. Dermatite, Orticaria, Rush cutaneo, Shock anafilattico)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ipertensione arteriosa	<b>SI</b>	<b>NO</b>	Altro (es. Tumori, Mal. Genetiche, Emicrania, Cefalea)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ricoveri e/o Interventi Chirurgici	<b>SI</b>	<b>NO</b>	(se SI, specificare)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Farmaci	<b>SI</b>	<b>NO</b>	(se SI, specificare)	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**DICHIARAZIONI E CONSENSI (Le caselle vanno SEMPRE barrate dall'Atleta, se maggiorenne, o dal genitore/tutore delegato per l'Atleta minorenne).**

- Dichiaro di aver informato correttamente il medico delle condizioni psicofisiche, che quanto sopra riportato corrisponde al vero e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto.

<b>PRIVACY</b>	
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO	ai sensi dell'attuale legge sulla privacy, a trattare i miei dati, personali e sensibili, per le finalità connesse alla mia richiesta di idoneità alla pratica sportiva agonistica/non agonistica, secondo le modalità e le procedure previste dalle leggi sulla tutela sanitaria delle attività sportive.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Atleta (o del Genitore/Tutore se minorenne)

Firma del Medico