

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: _____ Il: _____ 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.....	SI	NO	Iperensione arteriosa Se sì, CHI	SI	NO
Morte Improvvisa Giovanile (Prima dei 50 anni) Se sì, CHI.....	SI	NO	Diabete mellito Se sì, CHI	SI	NO
Altre problematiche cardiologiche (es. Fibrillazione atriale, Aritmie, Cardiomiopatie congenite, Valvulopatie) Se sì, CHI.....	SI	NO	Altro (es. Tumori, Tireopatie, Pneumopatie, Mal. Genetiche)	SI	NO

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

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.

PRIVACY	
<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