



**AS FO**  
Azienda sanitaria  
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone  
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC asfo.protgen@certisanita.fvg.it

## SCHEDA ANAMNESTICA dell'ATLETA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Sport per la quale è richiesta la visita \_\_\_\_\_ anni di attività sportiva \_\_\_\_\_

Pratica altri sport? SI  NO  se SI quali? \_\_\_\_\_

Si sta allenando regolarmente? SI  NO  Per quante ore alla settimana? \_\_\_\_\_

Prima visita  Rinnovo  Nelle visite precedenti è stato dichiarato:

IDONEO  NON IDONEO: per quali motivi? \_\_\_\_\_

SOSPESO: per quali motivi? \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FAMILIARE

Ci sono stati casi di morte improvvisa in famiglia? SI  NO

Ci sono tra i suoi familiari (genitori, nonni e fratelli) persone con:

Malattie di cuore NO SI CHI? \_\_\_\_\_ Allergie NO SI CHI? \_\_\_\_\_

Pressione alta NO SI CHI? \_\_\_\_\_ Asma NO SI CHI? \_\_\_\_\_

Malattie dei reni NO SI CHI? \_\_\_\_\_ Diabete NO SI CHI? \_\_\_\_\_

Malattie di fegato NO SI CHI? \_\_\_\_\_ Colesterolo alto NO SI CHI? \_\_\_\_\_

### L'ATLETA HA MAI SOFFERTO/SOFFRE DI:

**SVENIMENTI** SI  NO

Aritmie SI  NO

Malattie di cuore SI  NO

Pressione elevata SI  NO

Anemia SI  NO

Asma SI  NO

Epatite virale SI  NO

Febbre reumatica SI  NO

Polmonite SI  NO

Malattie intestino SI  NO

Malattie di stomaco SI  NO

Malattie di reni SI  NO

Protesi SI  NO

Scoliosi SI  NO

**DIABETE** SI  NO

**EPILESSIA** SI  NO

**NEOPLASIE** SI  NO

Ipoacusia SI  NO

Sordità SI  NO

Problemi oculari SI  NO

Altre malattie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**AS FO**  
Azienda sanitaria  
Friuli Occidentale

 REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone  
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC asfo.protgen@certisanita.fvg.it

Vaccinazione antitetanica SI  NO  Ultimo richiamo \_\_\_\_\_

Assume abitualmente farmaci e/o integratori alimentari SI  NO  Se sì quali? \_\_\_\_\_

Soffre di allergie? SI  NO  Se sì quali? \_\_\_\_\_

**L'ATLETA HA SUBITO:**

ricoveri ospedalieri? SI  NO  Interventi chirurgici SI  NO

Se sì indicare il tipo di ricovero e/o tipo di intervento \_\_\_\_\_

L'atleta ha mai eseguito approfondimenti per il cuore? (es. holter, ecografia cardiaca, RMN cuore..) SI  NO

L'atleta ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti o dopanti? SI  NO

**SINTOMI DA SFORZO:**

L'atleta è mai svenuto durante o dopo uno sforzo fisico? SI  NO

L'atleta ha mai riferito difficoltà respiratorie durante lo sforzo tali da sospendere l'attività? SI  NO

L'atleta ha mai avuto malessere, dolore al torace, oppressione durante lo sforzo? SI  NO

*Il questionario è personale e va compilato dall'atleta se maggiorenne, dal genitore se minorenni.*

**La casella di scelta SI NO dovrà essere sempre barrata.**

*Il sottoscritto dichiara di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni di salute psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO alle precedenti visite medico sportive agonistiche e/o non agonistiche e di NON aver iniziato presso altre strutture visite medico sportive agonistiche e/o non agonistiche negli ultimi 6 mesi.*

Data \_\_\_\_\_

**Firma del genitore se l'atleta è minorenni**

**Firma dell'atleta maggiorenne**

\_\_\_\_\_  
(firma del genitore o legale rappresentante)

\_\_\_\_\_  
(firma dell'atleta)

**Firma del medico specialista Med.Sport**

\_\_\_\_\_  
(firma del medico)