



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)