

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'ACCERTAMENTO DELLA IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Anagrafica:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Informazioni di residenza: Via _____ N. _____ Comune _____

Codice Fiscale _____ Sport praticato _____

Cellulare _____ E-mail: _____

Notizie riguardanti la famiglia:

(barrare le caselle indicando il tipo di malattia e il familiare che ne è affetto)

Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Ipertensione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Emorragia cerebrale, ictus	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Morte improvvisa <50 anni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Diabete	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Epilessia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Asma e malattie allergiche	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	_____

Notizie riguardanti il paziente:

Fumatore

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

 Altezza _____ cm Peso _____ kg

Sa di avere o di aver avuto malattie di:

Cuore	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Rene e vie urinarie	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangue	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Apparato digerente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Polmoni e vie respiratorie	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sistema nervoso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ossa e articolazioni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Ha subito interventi chirurgici?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

 Ha avuto ricoveri ospedalieri?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Assume abitualmente farmaci

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

 Quali? _____

Ha mai avuto episodi di dolore toracico, tachicardia, difficoltà a respirare, svenimenti?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Se si, quali _____

E' mai stato giudicato non idoneo ad una precedente visita per l'idoneità sportiva?

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, che le notizie sopra riportate sono complete e veritiere.

Data _____

Firma _____
(firma del genitore se il paziente è minorenne)

PARTE DI COMPETENZA DEL MEDICO

Anamnesi: nulla da segnalare

Esame obiettivo:

Statura _____ cm Peso _____ kg Pressione arteriosa _____ mm Hg

Trofismo: buono obesità sovrappeso magrezza sottopeso

Apparato locomotore e arti: indenni, mobili simmetrici
altro _____

Apparato respiratorio: MV fisiologico su TAP, FVT normotrasnesso
altro _____

Apparato cardiocircolatorio: toni cardiaci validi, pause libere, non segni di stasi c/p
altro _____

Addome: trattabile, non dolente alla palpazione s/p, peristalsi regolare, non masse palpabili
altro _____

ECG a riposo: tracciato nei limiti di norma
altro _____

Altro: _____

Il medico

Data _____
