S.S.D. Medicina dello Sport – Sede di Terni
Resp. Dr. Alberto Inches
Telefono: 0744.204051 Fax: 0744.204358

SCHEDA ANAMNESTICA

Cognome e Nome dell'atleta _____

Nato/a il _____ a _____

A. Storia Familiare

Hai un parente prossimo che ha avuto una morte improvvisa o inspiegabile prima dei 50 anni di età'? **Se SI, chi?** _____	NO	SI
Hai un parente prossimo affetto da malattie cardiovascolari gravi e/o ereditarie? **Se SI, chi?** _____	NO	SI

B. Storia Personale

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento, sincope)?	Durante esercizio / sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio / sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio / sforzo fisico	NO	SI
Un Medico ti ha mai detto che hai un problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, un'aritmia cardiaca, malattia reumatica, infezioni al cuore o altro? **Se SI, quali?** _____		NO	SI
Un Medico ti ha mai prescritto un esame per il cuore, ad esempio ECG, Holter o Ecocardiogramma?		NO	SI
Un Medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessie, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie o altro? **Se SI, quali?** _____		NO	SI
Hai qualche allergia (per esempio ai pollini, polvere, farmaci, cibi, punture d'insetto?		NO	SI
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (di qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o farmaci inalatori?		NO	SI
Hai mai avuto ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici, infortuni gravi? **Se SI, quali?** _____		NO	SI
Negli ultimi due anni hai preso farmaci in maniera costante?		NO	SI
Porti occhiali e/o lenti a contatto?		NO	SI
Hai problemi di udito?		NO	SI

Menarca (prima mestruazione)	NO	SI	Anno		Data ultima mestr.	/ /	
Fumi?	NO	SI	Sig./die N°		Consumi alcolici?	NO	SI
Hai fatto o fai uso di droghe o sostanze dopanti? **Se SI, quali?** _____						NO	SI

C. Storia sportiva

Sport per cui è richiesta la visita	N° allenamenti a settimana	Durata allenamento	N° gare settimanali

N.B. la raccolta dei dati anamnestici è fondamentale per la valutazione complessiva dello stato di salute dell'atleta e per la diagnosi di patologie ereditarie ed è parte integrante della cartella clinica.

Firma dell'atleta (se maggiorenne) _____

Terni, lì _____

Firma del genitore / tutore _____

Il Medico Visitatore

Firma per presa visione _____