

MODULO ANAMNESTICO

COGNOME E NOME (ATLETA) _____

NATO A _____ IL _____ RECAPITO _____

ANAMNESI FAMILIARE *Indicare casi di familiari (genitori, fratelli, nonni) affetti dalle seguenti malattie*

DIABETE ☐ _____

IPERTENSIONE ARTERIOSA ☐ _____

INFARTO o MALATTIA CARDIACHE ☐ _____

MORTE IMPROVVISA < 40 ANNI ☐ _____

ALTRE MALATTIE ☐ _____

ANAMNESI PERSONALE

SPORT PRATICATO _____ ORE DI SPORT SETTIMANALI _____

È SEMPRE STATO IDONEO ALLA PRATICA SPORTIVA ☐ No ☐ Sì

ALCOLICI ☐ Astemio ☐ Occasionale ☐ Bevitore ☐ Ex-bevitore

FUMO ☐ No ☐ Sì Se sì numero di sigarette al giorno _____

FARMACI ☐ No ☐ Sì Se sì quali _____

OCCHIALI e/o LENTI DA VISTA NO ☐ SI ☐

HA ESEGUITO ESAMI EMATICI (ultimi 12 mesi) NO ☐ SI ☐

VACCINAZIONE ANTITETANICA NO ☐ SI ☐

Solo per le **DONNE**

Menarca ad anni _____ Data ultima mestruazione _____ Menopausa **NO** ☐ **SI** ☐ Se sì età _____

SOFFRE O HA SOFFERTO DI:

DIABETE NO ☐ SI ☐

EPILESSIA o MALATTIE NEUROLOGICHE NO ☐ SI ☐

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO ☐ SI ☐

ICTUS NO ☐ SI ☐

MALATTIE CARDIACHE NO ☐ SI ☐ Se sì quali _____

MALATTIE CRONICHE NO ☐ SI ☐ Se sì quali _____

ALLERGIE NO ☐ SI ☐ Se sì quali _____

ANOMALIE ADDOME / APPARATO GENITALE NO ☐ SI ☐ Se sì quali _____

PERDITA DI COSCIENZA / SVENIMENTI NO ☐ SI ☐

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI SUBITI _____

FRATTURE / TRAUMI CRANICI / INFORTUNI RILEVANTI _____

PARAMORFISMI A CARICO DELL'APPARATO LOCOMOTORE

(Scoliosi - Ipercifosi posturale - Iperlordosi lombare - Dorso piatto - Scapole alate - Piede piatto)

NO ☐ SI ☐ Se sì quali _____

ALTRO DA SEGNALARE (meningite, epatite, etc.....) _____

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico correttamente delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, di non avere in corso sospensioni o di non essere in attesa di giudizio da parte di un altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

DATA _____ FIRMA DELL'INTERESSATO/A _____

per i minori firma del Rappresentante Legale