

Dr Gianfranco Stupar

Specialista in Medicina Interna e in Medicina dello Sport

Ambulatorio: Via A.Oriani, 4 Trieste – Poliambulatorio San Marco Contrada Collalto, 15/A Palmanova (UD)

SCHEDA ANAMNESTICA

(dichiarazione dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

Cognome: Nome: D.N.: .../.../.....

Tel: Attività di studio/lavoro:

A. ANAMNESI SPORTIVA

Sport per il quale è richiesta la visita? Società:

Da quanti anni pratica questo sport? Quante ore dedica a questo sport alla settimana?

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica?

Sport praticati in passato:

Prima visita Rinnovo

E' mai stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti? SI No

B. ANAMNESI FAMILIARE

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

C'è qualcuno in famiglia che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Polmonari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Cardiomiopatie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Ipertensione	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Obesità	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		

C. ANAMNESI FISIOLGICA

È nato a termine SI NO da parto naturale SI NO Allattamento al seno SI NO

Consuma frutta e verdura raramente 2-3/sett. 4-5/sett. ogni giorno

Vaccinazione antitetanica NO NON SO SI ultimo richiamo:

Fuma NO SI EX

Se **si**, quante sigarette in media al giorno e da quanto tempo

Ha mai provato a smettere? Vorrebbe smettere? NO SI

Beve alcolici MAI saltuariamente SI quanto?

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola) NO SI quanto?

Età prima mestruazione anni Data ultima mestruazione / /

Anomalie del ciclo mestruale NO SI Gravidanze NO SI

Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari NO SI

Se **si**, quali

Esami ematochimici (del sangue) nell'ultimo anno: NO Normali Alterati:

ATTENZIONE! COMPILARE ANCHE IL RETRO DI QUESTO MODULO

D. ANAMNESI PATOLOGICA

Ha attualmente qualche problema di salute? SI NO

Ha sempre goduto di buona salute? SI NO

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie gastro-intestinali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Otiti/Sinusiti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/vie biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie muscolo-scheletriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Dolore toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Vertigini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Disturbi oculari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Alterazioni alvo/diuresi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		

.....

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO SI interventi chirurgici? NO SI

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età

.....

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO SI

Se **si**, indicare tipo di lesione ed età

.....

Usa occhiali/lenti a contatto NO SI motivo:

Usa plantari/talloniere NO SI motivo:

Firma del dichiarante
 (o di un genitore o esercente la patria potestà per atleti minorenni)

Data
/...../.....

.....