CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA SSN **POLICLINICO SAN MARCO SpA**	**Ambulatorio di Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico** **Nr. Autorizzazione Regionale B-4** **SCHEDA ANAMNESTICA DELL'ATLETA**	M-POL-49 Rev.1 16/11/2023 Pagina 1 di 2

Questa scheda è strettamente personale e deve essere compilata e firmata dall'atleta (o da uno dei genitori in caso di atleta minorenne)

Cognome e Nome_____Documento identità: n°_____

Nato il_____a _____prov._____residente a_____

Prov._____Indirizzo:_____tel._____

Attività lavorativa_____Scolarità_____

Sport agonistico per cui si richiede la visita_____

Società sportiva _____Anno di inizio attività agonistica_____

Eventuali periodi d'interruzione dell'attività agonistica e motivo_____

_____

L'allenamento si svolge nei seguenti giorni:_____ per un totale di ore/settimana n._____

Altri sport praticati attualmente_____ per un totale di ore/settimana n._____

NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA

Vivente			**Eta' attuale o di morte**	**Malattie ed eventuale causa di morte**
Nonno P	SI	NO		
Nonna P	SI	NO		
Nonno M	SI	NO		
Nonna M	SI	NO		
Padre	SI	NO		
Madre	SI	NO		
Fratello	SI	NO		
Fratello	SI	NO		
Sorella	SI	NO		
Sorella	SI	NO		
_____	SI	NO		
_____	SI	NO		

Leggere attentamente le malattie sottostanti e nel caso uno dei familiari soffra o abbia sofferto di una delle malattie riportate di seguito barrare il SI, altrimenti barrare il NO

MALATTIE DI CUORE	SI	NO	MALATTIE POLMONARI	SI	NO	EPILESSIA	SI	NO
ICTUS (PARALISI)	SI	NO	ASMA BRONCHIALE	SI	NO	TUMORI	SI	NO
MORTE IMPROVVISA	SI	NO	ALLERGIA	SI	NO	ULCERA	SI	NO
COLESTEROLO ALTO	SI	NO	MALATTIE RENALI	SI	NO	MALATTIE GENETICHE	SI	NO
DIABETE	SI	NO	MALATTIE DEL SANGUE	SI	NO	MALATTIE AUTOIMMUNI	SI	NO
IPERTENSIONE	SI	NO	MALATTIE NERVOSE	SI	NO	ALTRE MALATTIE	SI	NO
OBESITA'	SI	NO	MALATTIE TIROIDEE	SI	NO			

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Quante sigarette fuma al giorno ? _____da quanti anni ?_____in passato fumava ?____da quanti anni ha smesso ?____

Quanto vino e/o birra beve al giorno ? ____ 0 litri____ meno di 0.5 litri _____da 0.5 a 1 litro____ oltre 1 litro

Quanti caffè beve al giorno ? ____ 0 caffè____ 1-3 caffè ____ da 3-5 caffè ____ oltre 5 caffè

Atleta di sesso femminile età prima mestruazione _____ data ultima mestruazione _____

Soffre di disturbi del ciclo ? SI NO Assume anticoncezionali ? SI NO

Le è mai stato riscontrato durante una visita medica:

MALATTIA CARDIACA	SI	NO
SOFFIO CARDIACO	SI	NO
IPERTENSIONE ARTERIOSA	SI	NO
ARITMIE CARDIACHE	SI	NO
ALTRO	SI	NO

Sente attualmente o ha mai accusato nel passato qualcuno dei seguenti disturbi a riposo o durante la sport ?

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO	SI	NO
CUORE CHE BATTE IN MANIERA IRREGOLARE	SI	NO
SVENIMENTI SINCOPI	SI	NO
CAPOGIRI	SI	NO
DIFFICOLTA' RESPIRO	SI	NO
AFFATICAMENTO SPROPORZIONATO ALLO SFORZO	SI	NO
ALTRI SINTOMI	SI	NO

Soffre o ha mai sofferto di:

FREQUENTI TONSILLITI	SI	NO	ANEMIA	SI	NO	GRAVI TENDINITI	SI	NO
MALATTIA REUMATICA	SI	NO	MALATTIE CUTANEE	SI	NO	PUBALGIA	SI	NO
FREQUENTI OTITI	SI	NO	GRAVI PROBL. DENTARI	SI	NO	TRAUMA CRANICO	SI	NO
BRONCOPOLMONITI	SI	NO	DIABETE	SI	NO	STITICHEZZA	SI	NO
PLEURITE	SI	NO	COLESTEROLO ELEVATO	SI	NO	LESIONI LEGAMENTI	SI	NO
TUBERCOLOSI	SI	NO	DIGESTIONE LENTA	SI	NO	MALATTIE DELLA TIROIDE	SI	NO
ASMA BRONCHIALE	SI	NO	INSONNIA	SI	NO	CEFALEA FREQUENTE	SI	NO
BRONCHITI ASMATICHE	SI	NO	MALATTIE INTESTINALI	SI	NO	EPILESSIA	SI	NO
ASMA DA SFORZO	SI	NO	EPATITE VIRALE	SI	NO	FRATTURE	SI	NO
RINITI ALLERGICHE	SI	NO	ULCERA	SI	NO	LUSSAZIONI	SI	NO
ALTRE ALLERGIE	SI	NO	MALATTIE RENALI	SI	NO	GRAVI DISTORSIONI	SI	NO
MENINGITE	SI	NO	SANGUE NELLE URINE	SI	NO	GRAVI STRAPPI MUSCOLARI	SI	NO
MONONUCLEOSI	SI	NO	INFEZIONI URINARIE	SI	NO	LESIONI MENISCALI	SI	NO
ANSIA	SI	NO	MALATTIE DEL SANGUE	SI	NO	ALTRO		

E' mai stato operato ? *SI NO* ***Se SI indicate il tipo di intervento chirurgico*** _____

Attualmente sta assumendo farmaci, integratori alimentari, vitamine, fitofarmaci ? SI NO

Se SI specificare quali e a quale dosaggio _____

Fa uso di occhiali e/o di lenti a contatto? SI NO

DICHIARAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DELLA CIRCOLARE REGIONE VENETO N. 23694 DEL 23/06/86 :

Il sottoscritto_____dichiara di: essere ☐ non essere ☐
stato sottoposto a precedenti visite medico sportive.

A seguito dell'ultima visita medico sportiva, eseguita nell'anno _____
presso _____ sono ☐ non sono stato dichiarato ☐
idoneo alla pratica agonistica dello sport _____

Dichiaro sotto la mia responsabilità, pena la nullità dell'atto, che le notizie da me fornite con la presente scheda sono complete e veritiere.

Data_____ firma dell'atleta (se maggiorenne)_____

Data_____ firma del primo genitore_____

Data_____ firma del secondo genitore nei casi previsti dalla legge_____