

**ANAMNESI PER VISITA DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA**

COGNOME E NOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA.....

SPORT PER CUI È RICHIESTA L'IDONEITÀ AGONISTICA.....

DATA DELLA VISITA.....

**ERI IDONEO L'ANNO SCORSO?**

SI

NO

**\* ANAMNESI FAMILIARE**

I tuoi genitori soffrono di **malattie cardiache, ipertensione, diabete?**

SI

(specificare chi e la malattia avuta) .....

NO

Qualcuno della tua famiglia ha avuto infarti od ictus?

SI

chi? .....

NO

**\* ANAMNESI FISIOLÓGICA**

Fumi?

SI

quante sigarette al giorno? .....

NO

Bevi regolarmente alcolici?

SI

NO

A che età hai avuto il menarca/ menopausa? .....

Hai un sonno regolare?

SI

NO

Hai avuto episodi di perdita di coscienza?

SI

quando? .....

NO

Soffri di stitichezza?

SI

NO

Hai una diuresi regolare?

SI

NO

Hai allergie?

SI

cosa? .....

NO

Hai intolleranze alimentari?

SI

cosa? .....

NO

Hai disturbi digestivi?

SI

NO

Hai avuto ricoveri in Ospedale nell'ultimo anno?

SI

per cosa?.....

NO

.....

Stai assumendo farmaci?

SI quali? .....  NO

**\* ANAMNESI PATOLOGICA**

Morbillo  SI  NO

Rosolia  SI  NO

Varicella  SI  NO

Orecchioni  SI  NO

Pertosse  SI  NO

Epatite  SI  NO

Polmonite  SI  NO

Epilessia  SI  NO

Otite  SI  NO

Diabete  SI  NO

Asma bronchiale  SI  NO

**\* ALTRE MALATTIE AVUTE DA SEGNALARE**

.....  
.....  
.....

**\* INTERVENTI CHIRURGICI?**

SI quali e quando?.....  NO

.....

**\* INFORTUNI E FRATTURE?**

SI quali e quando?.....  NO

.....

Io sottoscritto.....dichiaro di aver informato il medico sportivo delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle patologie avute in passato in maniera corretta e senza omissioni.

Dichiaro di **non essere mai stato** dichiarato **non idoneo allo sport agonistico.**

Dichiaro inoltre di non fare uso di sostanze stupefacenti, né abuso di alcol.

Firma .....