

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

COGNOME E NOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA.....

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

DATA DELLA VISITA.....

*** 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 FISIOLOGICA**

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.

Firma