

CARTELLA SANITARIA

MEDICINA DELLO SPORT

ANAMNESI

(da compilarsi a cura dell'utente)

DATA _____

Cognome _____ Nome _____ M F

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____ n° _____

Tel. _____ Documento d'identità _____

Sport per cui è richiesta la visita di idoneità _____

Società Sportiva _____

Ha già fatto visite di idoneità? No ___ Sì ___ Dove l'ultima volta? _____ In che anno? _____

E' mai stata negata l'idoneità? No ___ Sì ___ Perché? _____

ANAMNESI FAMILIARE

Tra i familiari c'è qualcuno che ha sofferto di queste malattie?

Malattie di cuore	No	Sì	Chi?	Allergie	No	Sì	Chi?
Pressione alta	No	Sì	Chi?	Asma	No	Sì	Chi?
Malattie di reni	No	Sì	Chi?	Diabete	No	Sì	Chi?
Malattie di fegato	No	Sì	Chi?	Colesterolo alto	No	Sì	Chi?

Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età in famiglia? No ___ Sì ___ Chi? _____

ANAMNESI FISIOLGICA

Le Sue abitudini di vita:

Dieta libera e varia NO SI Controllata per _____
Digestione regolare NO SI
Alvo regolare NO SI
Sonno regolare NO SI
Fumo NO SI quanto _____ da quanto tempo _____
Caffè NO SI n° _____
Alcolici NO SI (Vino ___ Birra ___ Superalcolici ___)

Menarca anni _____ (ultimo ciclo _____) Ciclo regolare SI NO Gravidanze SI NO n° _____

Assume abitualmente farmaci? No ___ Sì ___ Quali? _____

Da quanto tempo _____ Perché? _____

Porta occhiali o lenti a contatto? No ___ Sì ___ per _____ Gradazione: O.Dx. _____ O.Sx. _____

Vaccinazione Antitetanica No ___ Sì ___ (ultimo richiamo _____)

Professione _____

ANAMNESI PATOLOGICA

Ha mai avuto:

Otiti	NO	SI	Asma	NO	SI	Epilessia	NO	SI	Malattie di cuore	NO	SI
Sinusiti	NO	SI	Allergie	NO	SI	Svenimenti	NO	SI	Pressione alta	NO	SI
Tonsilliti	NO	SI	Anemia	NO	SI	Vertigini	NO	SI	Palpitazioni	NO	SI
Polmoniti	NO	SI	Malattie dei reni	NO	SI	Diabete	NO	SI	Soffio cardiaco	NO	SI
Pleuriti	NO	SI	Epatite	NO	SI	Colesterolo alto	NO	SI			

Altre malattie _____

Interventi chirurgici (tipo e anno) _____

Ricoveri in ospedale NO SI Perché _____

Infortunati e traumi (tipo e anno) _____

Osservazioni _____

ANAMNESI SPORTIVA

Attività sportive attualmente praticate _____

Da quanto tempo _____

Quante volte a settimana _____

Totale ore settimanali _____

Altri sport praticati in passato _____

Quali _____

Per quanto tempo _____

Durante attività sportiva ha mai accusato:

Dolori al petto	NO	SI	Grande stanchezza	NO	SI
Palpitazioni	NO	SI	Dolori alle articolazioni	NO	SI
Svenimenti	NO	SI			

Altri disturbi _____

Io sottoscritto dichiaro di aver correttamente informato il medico delle mie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto; dichiaro inoltre di non aver ricevuto in altra sede giudizio di Non Idoneità alla pratica sportiva. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool. Con la presente do il consenso all'effettuazione della visita medica, compresa la prova da sforzo, ed alla consegna del Certificato di Idoneità' o di Non Idoneità' alla società sportiva.

Data _____

Firma dell'atleta _____

Per i Minori, firma dei genitori _____