

## MODULO ANAMNESTICO

COGNOME E NOME (ATLETA) \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ RECAPITO \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FAMILIARE *Indicare casi di familiari (genitori, fratelli, nonni) affetti dalle seguenti malattie*

DIABETE  \_\_\_\_\_

IPERTENSIONE ARTERIOSA  \_\_\_\_\_

INFARTO o MALATTIA CARDIACHE  \_\_\_\_\_

MORTE IMPROVVISA < 40 ANNI  \_\_\_\_\_

ALTRE MALATTIE  \_\_\_\_\_

### ANAMNESI PERSONALE

SPORT PRATICATO \_\_\_\_\_ ORE DI SPORT SETTIMANALI \_\_\_\_\_

È SEMPRE STATO IDONEO ALLA PRATICA SPORTIVA  No  Sì

ALCOLICI  Astemio  Occasionale  Bevitore  Ex-bevitore

FUMO  No  Sì Se sì numero di sigarette al giorno \_\_\_\_\_

FARMACI  No  Sì Se sì quali \_\_\_\_\_

OCCHIALI e/o LENTI DA VISTA NO  SI

HA ESEGUITO ESAMI EMATICI (ultimi 12 mesi) NO  SI

VACCINAZIONE ANTITETANICA NO  SI

#### Solo per le **DONNE**

Menarca ad anni \_\_\_\_\_ Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_ Menopausa **NO**  **SI**  Se sì età \_\_\_\_\_

### **SOFFRE O HA SOFFERTO DI:**

DIABETE NO  SI

EPILESSIA o MALATTIE NEUROLOGICHE NO  SI

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO  SI

ICTUS NO  SI

MALATTIE CARDIACHE NO  SI  Se sì quali \_\_\_\_\_

MALATTIE CRONICHE NO  SI  Se sì quali \_\_\_\_\_

ALLERGIE NO  SI  Se sì quali \_\_\_\_\_

ANOMALIE ADDOME / APPARATO GENITALE NO  SI  Se sì quali \_\_\_\_\_

PERDITA DI COSCIENZA / SVENIMENTI NO  SI

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI SUBITI \_\_\_\_\_

FRATTURE / TRAUMI CRANICI / INFORTUNI RILEVANTI \_\_\_\_\_

PARAMORFISMI A CARICO DELL'APPARATO LOCOMOTORE

(Scoliosi - Ipercifosi posturale - Iperlordosi lombare – Dorso piatto – Scapole alate – Piede piatto)

NO  SI  Se sì quali \_\_\_\_\_

ALTRO DA SEGNALARE (meningite, epatite, etc.....) \_\_\_\_\_

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico correttamente delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, di non avere in corso sospensioni o di non essere in attesa di giudizio da parte di un altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'INTERESSATO/A \_\_\_\_\_

per i minori firma del Rappresentante Legale