



Questo questionario è utile al medico che visita per ricevere notizie precise in merito alla salute dell'interessato e ha inoltre valore legale. Deve perciò essere compilato con cura e firmato dai genitori o dal tutore legale se l'atleta è minorenne, dall'atleta stesso se maggiorenne.

In caso di mancata compilazione e firma di codesto questionario non sarà possibile rilasciare il certificato di idoneità alla pratica agonistica.

COGNOME _____ NOME _____

Età _____

Anamnesi Familiare

I genitori sono entrambi viventi? SI NO

se NO indicare la causa di morte e l'età del decesso _____

In famiglia (genitori, fratelli, cugini, zii, nonni) ci sono stati casi di:

ICTUS	SI	NO	se si indicare il grado parentela _____
IPERTENSIONE ARTERIOSA	SI	NO	se si indicare il grado parentela _____
INFARTO	SI	NO	se si indicare il grado parentela _____
MALFORMAZIONI CARDIACHE	SI	NO	se si indicare il grado parentela _____
ARITMIE	SI	NO	se si indicare il grado parentela _____
DIABETE	SI	NO	se si indicare il grado parentela _____
MORTE IMPROVVISA	SI	NO	se si indicare il grado parentela _____

Anamnesi Fisiologica

L'atleta è nato con parto naturale o cesareo? _____

L'atleta ha avuto uno sviluppo psico – fisico normale? SI NO

se NO indicare i problemi riscontrati _____

L'atleta fuma? SI NO

se SI quante sigarette al giorno _____

L'atleta consuma abitualmente alcolici o superalcolici? SI NO

se SI con quale frequenza _____





Se l'atleta è di sesso femminile

Menarca (età prima mestruazione) _____ Data ultima mestruazione _____

L'atleta assume la pillola anticoncezionale? SI NO

Anamnesi Patologica

L'atleta soffre o ha sofferto di:

MALATTIE CARDIACHE	SI	NO	SE SI QUALI _____
MALATTIE RESPIRATORIE	SI	NO	SE SI QUALI _____
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	SI	NO	SE SI QUALI _____
MALATTIE RENALI	SI	NO	SE SI QUALI _____
MALATTIE NEUROLOGICHE	SI	NO	SE SI QUALI _____
MALATTIE ORTOPEDICHE	SI	NO	SE SI QUALI _____
ALLERGIE	SI	NO	SE SI QUALI _____
ALTRE MALATTIE	SI	NO	SE SI QUALI _____

L'atleta è stato sottoposto ad interventi chirurgici? SI NO
se SI quali _____

Ha subito infortuni (fratture, distorsioni, traumi cranici)? SI NO
se SI quali _____

L'atleta assume farmaci? SI NO
se SI quali _____
per quale patologia _____

L'atleta ha mai avuto palpitazioni o svenimenti improvvisi? SI NO
E durante l'attività sportiva? SI NO

L'atleta ha dovuto sospendere l'attività sportiva per motivi di salute? SI NO
se SI per quale motivo _____

Firma dell'atleta se maggiorenne o del genitore/tutore _____

Data _____ Recapito telefonico _____

