

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA -QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Questo questionario, da sottoscrivere da parte del maggiorenne o dai genitori, è finalizzato a raccogliere importanti informazioni circa lo stato di salute pregresso ed attuale, per evitare dimenticanze e raccogliere preventivamente l' "anamnesi", facilitando lo svolgimento della visita medica. Farà parte integrante della cartella, alla quale verrà allegata. Pertanto siete pregati di compilarlo con attenzione, non omettendo notizie che possano essere importanti ai fini del rilascio della certificazione.

Dr. Mariano Mussida

COGNOME	NOME	DATA
DATA DI NASCITA	COMUNE DI RESIDENZA	

STORIA FAMILIARE: ESISTONO IN FAMIGLIA:

	SI	NO
• MALATTIE GENETICHE EREDITARIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• STORIA DI MORTI IMPROVVISE GIOVANILI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• CASI DI DIABETE GIOVANILE (INSULINODIPENDENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• FAMILIARITÀ PER CARDIOPATIE- IPERTENSIONE ARTERIOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro		

ANAMNESI REMOTA: L' ATLETA HA AVUTO IN PASSATO:

• CONVULSIONI, SVENIMENTI, ATTACCHI EPILETTICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quando?		
• PROBLEMI CARDIACI (ARITMIE, EXTRASISTOLI, SOFFI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì, quali?		
• ALLERGIE, ASMA ALLERGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A cosa?		
.....		
• PROBLEMI ORTOPEDICI (SCOLIOSI, LUSSAZIONI, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• TRAUMI DI RILIEVO(CRANICI COMMOTIVI, FRATTURE, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali?		
• RICOVERI OSPEDALIERI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali?		
.....		
• INTERVENTI CHIRURGICI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali?		
• ASSUME FARMACI? Quali?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• FUMA? Quante sigarette al dì?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ASSUME DROGHE, PSICOFARMACI O ALTRO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• HA DOVUTO SOSPENDERE L'ATTIVITÀ PER MOTIVI DI SALUTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ALTRE MALATTIE DA SEGNALARE?		
.....		

N° telefonico

FIRMA del pz o del genitore se minore
e consenso al trattamento dei dati personali (art.23 DL 196/03 e del DL 10/08/2018)