

N° di protocollo 2025/____/____

ANAMNESI

Cognome e nome: _____, nato/-a il ____/____/____ a _____
 residente in via _____ n° ____ a _____, CAP: _____
 tel: _____, e-mail: _____@_____._____, femmina maschio

Richiedo la seguente prestazione medico-sportiva:

- visita di idoneità agonistica** per i seguenti sport: _____
 associazione sportiva di appartenenza: _____
 visita di idoneità non-agonistica (per il rilascio del certificato di buona salute)
 test funzionale test del lattato misurazione VO₂max sul treadmill sul cicloergometro

In passato Le è stata comunicata una **non-idoneità alla pratica sportiva?** no **Sì**

Un parente vicino soffre di una malattia del sistema cardiocircolatorio o è deceduto per infarto miocardico o arresto cardiaco all'età inferiore ai 50 anni?

no sì: grado di parentela _____ deceduta/-o all'età di _____ anni

Sono noti casi di ictus in famiglia?

no sì: grado di parentela _____ deceduta/-o all'età di _____ anni

È nota la familiarità per altre patologie?

no sì, patologia: _____

Soffre o ha sofferto di un'affezione:

del sistema nervoso? no sì in passato, tipo? _____

(trauma cranico, vertigini, emicrania, epilessia, sclerosi multipla, ...)

della psiche? no sì in passato, tipo? _____

(disturbo nevrotico, attacchi di panico, depressione, ...)

della vista? no sì in passato, tipo? _____

lo porto occhiali lenti a contatto

di naso/ seni paranasali? no sì in passato, tipo? _____

(rinite allergica, epistassi, sinusite, ...)

dell'udito? no sì in passato, tipo? _____

(rottura del timpano, otite media, ipoacusia, acufeni, ...)

dell'apparato respiratorio? no sì in passato, tipo? _____

(tubercolosi, asma, BPCO, polmonite, fibrosi cistica, ...)

del sistema cardiocircolatorio? no sì in passato, tipo? _____

(cardiopatia congenita, miocardite, ipertensione arteriosa, aritmie, ...)

dell'apparato digerente? no sì in passato, tipo? _____

(reflusso gastro-esofageo, gastrite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, ...)

dell'apparato urinario? no sì in passato, tipo? _____

(pielonefrite, glomerulonefrite, cistite ...)

dell'apparato locomotorio? no sì in passato, tipo? _____

(reumatismo, artrosi, ernia discale, scoliosi, fratture ossee, ...)

del sistema endocrino? no sì in passato, tipo? _____

(diabete mellito, disfunzione tiroidea, gotta, dislipidemia, ...)

Ha eseguito analisi del sangue? no, mai sì, nell'anno _____

ev. anomalie: _____

Ha subito interventi chirurgici, infortuni o incidenti? no sì
in caso affermativo, spieghi: _____

Fuma? no sì, da ___ anni, una media di ___ sigarette al giorno
Consuma alcolici? no sì, spesso sì, raramente
 vino birra superalcolici
Beve caffè? no sì, quante tazzine al giorno? _____

Negli ultimi anni durante la pratica sportiva ha avvertito uno o più dei sintomi e disturbi elencati?
perdita di coscienza no sì, spieghi: _____
vertigini o nausea no sì, spieghi: _____
dolore toracico no sì, spieghi: _____
palpitazioni (cardiopalmo) no sì, spieghi: _____
dispnea no sì, spieghi: _____
attacco epilettico no sì, spieghi: _____
altri sintomi sì, spieghi: _____

Ha sofferto di infezioni febbrili durante le scorse 2 settimane? no sì: _____
In questo momento si sente ammalato/-a? no sì, spieghi: _____
Assume farmaci? no sì, quali: _____

In passato ha effettuato uno di seguenti esami?
 ecocardiogramma no sì, nell'anno _____ all'ospedale di _____
 Holter ECG no sì, nell'anno _____ all'ospedale di _____
 profilo pressorio no sì, nell'anno _____ all'ospedale di _____

per femmine:

In questi giorni ha/ ha avuto le mestruazioni? no sì
Soffre di irregolarità o disturbi legati al ciclo mestruale? no sì: _____
Sa di essere incinta? no sì, al ___ mese
È in menopausa? no sì, da ___ anni

Sa di essere affetto da altre malattie, limitazioni fisiche o fattori di rischio che non sono stati rilevati nel questionario, che potrebbero però causare complicanze in associazione con certe pratiche sportive?
 no sì, spieghi la condizione: _____

Ha domande al medico? no sì: - _____
- _____

Dichiara che le informazioni siano complete? no sì
Dichiara che le informazioni fornite siano veritiere? no sì

firma: _____

Vipiteno, lì ___ / ___ / _____

(genitore o tutore per minorenni)

Nota: se nel corso della visita emergono dubbi relativi alla continuazione o disturbi di alcun tipo si chiede di comunicarlo per tempo in modo di consentire una reazione adeguata.
La visita può essere liberamente interrotta in ogni momento .