

### FOGLIO ANAMNESTICO 1° VISITA (Allegato 2)

COGNOME E NOME DELL'ATLETA: \_\_\_\_\_ NATO IL: \_\_\_\_\_

SPORT: \_\_\_\_\_

#### NOTIZIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (GENITORI, FRATELLI, SORELLE, NONNI, ZII)

Segnare SI se è presente la malattia di cui un familiare soffre/ha sofferto; segnare NO se non presente

Malattia di cuore (Infarto, Angina, Aritmie, Cardiomiopatia, Valvulopatia, ...)	SI NO _____	Malattie della Tiroide	SI NO _____
Ipertensione (Ictus Cerebrale, TIA, ...)	SI NO _____	Asma/allergie	SI NO _____
Vasculopatie (Emorragie cerebrali, Varici, ...)	SI NO _____	Malattie Tumorali	SI NO _____
Diabete	SI NO _____	Morte improvvisa prima dei 40 aa per cardiopatia	SI NO _____
		Altre malattie non elencate:	_____

#### Notizie riguardanti l'ATLETA

Segnare SI se è presente la malattia di cui l'ATLETA soffre/ha sofferto; segnare NO se non presente

Malattie dell'infanzia	SI NO	Bronco/polmonite	SI NO	Diabete	SI NO
Lussazione anca	SI NO	Pleurite/TBC	SI NO	Malattie tiroidee	SI NO
Scoliosi/dorso curvo	SI NO	Febbre reumatica	SI NO	Enuresi (urina a letto)	SI NO
Piede piatto/cavo	SI NO	Malattie di cuore	SI NO	Trauma cranico	SI NO
Scapole alate	SI NO	Malattie renali	SI NO	Traumi sportivi/Fratture	SI NO
Epatite virale	SI NO	Malattie intestinali	SI NO	Altro _____	
Otite/sinusite/tonsillite	SI NO	Asma/allergia/eczema	SI NO	_____	

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento o sincope)?	Durante sforzo fisico	SI NO
	Dopo sforzo fisico	SI NO
	Non correlato allo sforzo fisico	SI NO
Hai mai avuto dolore al torace o senso di costrizione/pressione al torace?	Durante sforzo fisico	SI NO
	Dopo sforzo fisico	SI NO
	Non correlato allo sforzo fisico	SI NO
Hai mai avuto capogiri o vertigini?	Durante sforzo fisico	SI NO
	Dopo sforzo fisico	SI NO
	Non correlato allo sforzo fisico	SI NO
Hai mai avuto fiato corto (affanno), difficoltà respiratoria, fischi o tosse?	Durante sforzo fisico	SI NO
	Dopo sforzo fisico	SI NO
	Non correlato allo sforzo fisico	SI NO
Hai mai avuto un battito accelerato (palpitazioni o cardiopalmo) o irregolare?	Durante sforzo fisico	SI NO
	Non correlato allo sforzo fisico	SI NO

#### Ricoveri per INTERVENTO CHIRURGICO

Tonsille/Adenoidi	SI NO	Appendicite	SI NO	Ortopedico	SI NO
Ernia	SI NO	Varicocele/Fimosi	SI NO	Altro _____	

Tipo/decorso/cure/esiti sulla malattia sopracitata \_\_\_\_\_

L'ATLETA è guarito completamente SI NO disturbi rimasti \_\_\_\_\_

L'ATLETA sta assumendo terapia attualmente SI NO \_\_\_\_\_

L'ATLETA usa occhiali SI NO lenti corneali/notturne SI NO per: \_\_\_\_\_

L'ATLETA usa/usava busti correttivi SI NO rialzo/ortesi plantare SI NO

ginnastica posturale SI NO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n. 23 D. Lgs 196/03.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_