



FISIOSPORTLAB

Fisiosport Lab Srl
Via Italo Svevo 59, Mogliano V.to (TV) 31021
Tel 0417129703 - info@fisiosportlab.it

SCHEDA ANAMNISTICA DI VALUTAZIONE MEDICO - SPORTIVA (dichiarazione del paziente e di un genitore/tutore per minori di anni 18)	
ANAGRAFICA	
Cognome e Nome	
Nato a, il	
Residenza	

ANAMNESI SPORTIVA	
Attività sportiva per cui è richiesta la visita	
Ruolo	
Ore di allenamento a settimana	
Partite/gare a settimana	

Soffri o hai mai sofferto di un disturbo alimentare?	NO	SI
Sei soddisfatto del tuo peso corporeo?	NO	SI
Hai mai avuto un trauma cranico o spinale?	NO	SI
Il ciclo mestruale è regolare?	NO	SI
Hai difficoltà a rapportarti con i tuoi compagni di squadra?	NO	SI
Provi stress riguardo il tuo sport?	NO	SI

	Hai o hai avuto dolore?	Hai o hai subito infortuni?	Sei mai stato operato?	Hai fatto fisioterapia/ chiropratica/ osteopatia?	Hai preoccupazioni?	Dettagli
Collo						
Spalle						
Colonna cervicale						
Gomiti						
Polsi - mani						
Colonna lombare						
Anche						
Gambe						
Ginocchia						
Caviglie - piedi						

STORIA FAMILIARE			
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato, sindrome della morte improvvisa infantile)?		NO	SI
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente (genitori, fratelli, nonni, zii/cugini di I grado) con:	Inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati, pre-annegamento?	NO	SI
	Qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battuto cardiaco irregolare (aritmie)?	NO	SI
	Cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemia <55 anni se uomo e <65 anni se donna?	NO	SI
	Diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, ICTUS, malattie del sangue?	NO	SI

STORIA PERSONALE			
Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o quasi-perdita dei sensi (quasi svenimento-sincope)?	Durante esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato ad esercizio - sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?	Durante esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato ad esercizio - sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto capogiri, vertigini?	Durante esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato ad esercizio - sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	Durante esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato ad esercizio - sforzo fisico	NO	SI

Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	Durante esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato ad esercizio - sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardio-palmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari-extrasistoli)?	Durante esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio - sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato ad esercizio - sforzo fisico	NO	SI

ANAMNESI PATOLOGICA			
Attualmente sei seguito da un medico per un problema di salute oppure sei in fase di accertamento diagnostico di una malattia?	NO		
	SI, quale?		
	Malattie di cuore	NO	SI
	Diabete	NO	SI
	Colesterolo alto	NO	SI
	Pressione alta	NO	SI
	Asma	NO	SI
	Epilessia - convulsioni	NO	SI
	Malattie genetiche	NO	SI
	Malattie tiroidee	NO	SI
	Malattie Reumatologiche	NO	SI
	Polmoniti	NO	SI
	Disturbi urinari	NO	SI
	Acido urico alto	NO	SI
	Epatiti	NO	SI
	Malattie intestinali	NO	SI
	Allergie	NO	SI
	Covid-19	NO	SI
	Altro	NO	SI

ANAMNESI COVID - 19			
Hai avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19?	NO	SI	
Se SI, data ultimo tampone negativo	In mancanza, data primo tampone positivo		
Si è sottoposto a terapie antibiotiche, cortisoniche o epariniche?	NO	SI	
Ricoveri ospedalieri?	NO	SI	
Si è sottoposto a ciclo vaccinale primario anti Covid 19?	NO	SI	
Se SI, data ultima somministrazione			
Si è sottoposto alla dose BOOSTER?	NO	SI	

ANAMNESI MEDICO SPORTIVA			
Hai mai fatto accertamenti cardiologici?	Ecocardiogramma	NO	SI
	Holter ECG 24 ore, Holter pressorio 24 ore	NO	SI
	Risonanza magnetica cardiaca, tac cardiaca, scintigrafia cardiaca	NO	SI
	Coronografia	NO	SI
	Cardiochirurgia	NO	SI
Data e luogo dell'ultima visita medico - sportiva agonistica			
Sei mai stato SOSPESO in una valutazione medico - sportiva agonistica?			
Sei mai stato giudicato NON IDONEO in una valutazione medico - sportiva agonistica?			

ANAMNESI FISIOLOGICA			
Attualmente prendi farmaci?	NO	SI	Tipo e dosaggio:
Attualmente prendi integratori?	NO	SI	Tipo e dosaggio:
Interventi chirurgici?	NO	SI	Quali e quando?
Fumi?	NO	EX	SI - quante al giorno?
Assumi alcool?	NO	Saltuariamente	SI
Il tuo sonno è	REGOLARE		IRREGOLARE
Uso di occhiali/lenti?	NO	MIOPIA IPERMETROPIA ASTIGMATISMO STRABISMO	

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (oppure legale rappresentante se il paziente è minorenne) dichiara quanto segue:

- Il questionario è stato compilato in tutte le sue voci
- Quanto compilato nel questionario corrisponde a verità
- Ha informato il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o altro evento patologico contratto nel passato
- Di non avere accertamenti relativi a visite medico-sportive agonistiche in sospeso presso altre strutture sanitarie pubbliche o private di Medicina dello Sport
- Di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO presso altre strutture sanitarie pubbliche o private di Medicina dello Sport
- Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool. (Circ. Reg. Veneto n°23694 del 20/06/1986).

DATA e LUOGO

Firma del paziente o del legale rappresentante