



SCHEMA ANAMNISTICA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA

(dichiarazione del paziente o di un genitore/tutore per minori di anni 18)

ANAGRAFICA

Cognome e Nome			
Nato a		il	
Cellulare		Email	

ANAMNESI SPORTIVA

Attività sportiva per cui è richiesta la visita		Ruolo	
Ore di allenamento + gare a settimana			

PROBLEMI MUSCOLOSCHIELETRICI SIGNIFICATIVI ATTUALI O PASSATI

Collo		Spalle	
Colonna cervicale		Gomiti	
Polsi - mani		Colonna lombare	
Anche		Gambe	
Ginocchia		Caviglie - Piedi	

Soffri o hai mai sofferto di un disturbo alimentare?	NO ☐ SI ☐
Hai mai avuto un trauma cranico o spinale?	NO ☐ SI ☐
Provi un significativo stress psicofisico correlato allo sport?	NO ☐ SI ☐

STORIA FAMILIARE - Qualcuno nella tua famiglia ha avuto:

Morte improvvisa prima dei 50 anni? NO ☐ SI ☐	Pressione alta NO ☐ SI ☐
Malattie ereditarie del cuore? NO ☐ SI ☐	Diabete NO ☐ SI ☐
Pacemaker, defibrillatore o intervento al cuore? NO ☐ SI ☐	Ictus NO ☐ SI ☐
Infarto o problemi cardiaci in giovane età? NO ☐ SI ☐	Asma o malattie respiratorie? NO ☐ SI ☐

STORIA PERSONALE - Hai mai avuto:

Sintomo	Durante sport	Dopo sport	A riposo
Svenimento o quasi svenimento	☐	☐	☐
Dolore o fastidio al petto	☐	☐	☐
Fiato corto eccessivo	☐	☐	☐
Battito accelerato o irregolare	☐	☐	☐
Capogiri o vertigini	☐	☐	☐

ANAMNESI PATOLOGICA

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

Allergie NO ☐ SI ☐		ADHD NO ☐ SI ☐	
Altro NO ☐ SI ☐			
ANAMNESI MEDICO SPORTIVA			
Hai mai fatto accertamenti cardiologici, al di fuori della visita medico-sportiva?			
Ecocardiogramma color-doppler	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?	NO ☐ SI ☐		
Sei mai stato giudicato NON IDONEO in una valutazione medico-sportiva agonistica?	NO ☐ SI ☐		
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 compreso 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	
--------------	--	--	--