

SCHEDA ANAMNESTICA CERTIFICATO**AGONISTICO****NON AGONISTICO**

Cognome: _____ Nome: _____ Data di Nascita: ____/____/____

Città di nascita: _____ Indirizzo _____

Città _____ Tel. _____

Sport: _____ Società _____ Ore/Settimana: _____

Hai già eseguito altre visite per il rilascio del certificato? NO ☐ SI ☐ ANNO ULTIMA VISITA _____Sei mai stato dichiarato SOSPESO o NON IDONEO alle visite precedenti? NO ☐ SI ☐ MOTIVO _____**A. ANAMNESI FAMILIARE**

C'è qualcuno in famiglia (genitori, fratelli, sorelle o nonni) che soffra o abbia sofferto di:

Cardiopatie NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Diabete NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____Morte improvvisa NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Mal. Tiroidee/Endocrine NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____Infarto cardiaco NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Mal. Polmonari NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____Ipertensione NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Tumori NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____Colesterolo alto NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Asma/Allergie NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____Obesità NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Mal. Neurologiche NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____Qualche familiare è morto improvvisamente prima dei 50 anni? NO ☐ SI ☐ Chi/Età/Causa: _____**B. ANAMNESI PERSONALE FISIOLÓGICA**Peso (kg) _____ Statura (cm) _____ Porta occhiali da vista o lenti correttive? NO ☐ SI ☐Fuma NO ☐ EX ☐ SI ☐ Se **sì**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo _____Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO ☐ SI ☐ quanto? _____Vaccinazione antitetanica: NO ☐ NON SO ☐ SI ☐ eseguita in data _____

Età prima mestruazione _____ Data ultima mestruazione _____ Gravidanze e/o aborti _____

Assume farmaci e/o integratori NO ☐ SI ☐ Se **sì**, quali _____Ultimi esami del sangue: _____ Normali ☐ Alterati: ☐ _____**C. ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA**Allergie o Asma NO ☐ SI ☐ Malattie del fegato/vie biliari NO ☐ SI ☐Altre mal. respiratorie NO ☐ SI ☐ Malattie neurologiche NO ☐ SI ☐Anemia NO ☐ SI ☐ Malattie tiroidee NO ☐ SI ☐Epilessia NO ☐ SI ☐ Altre malattie endocrine NO ☐ SI ☐**Svenimenti** **NO** ☐ **SI** ☐ Neoplasie (Tumori) NO ☐ SI ☐**Malattie di cuore** **NO** ☐ **SI** ☐ Malattie psichiatriche NO ☐ SI ☐**Pressione elevata** **NO** ☐ **SI** ☐ Malattie dei reni/vie urinarie NO ☐ SI ☐**Diabete mellito** **NO** ☐ **SI** ☐ **Colesterolo elevato** **NO** ☐ **SI** ☐**Palpitazioni o Dolore Toracico** **NO** ☐ **SI** ☐ Altro _____Ha subito: ricoveri ospedalieri NO ☐ SI ☐ interventi chirurgici o fratture? NO ☐ SI ☐Se **sì**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età _____**D. DICHIARAZIONE DI VERIDICITÀ DEI DATI ANAMNESTICI**

- Dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche

- Dichiaro di aver risposto completamente ed in modo veritiero al questionario anamnestico

Luogo e Data**Firma del dichiarante se maggiorenne**

(o genitore o esercente patria potestà se minorenni)

Porcia, lì ____/____/____