

MODULO DI ANAMNESI**RACCOLTA DATI CLINICI PERSONALI PER LA VISITA MEDICO SPORTIVA NON AGONISTICA**

Cognome Nome Nato il

ANAMNESI FAMILIARE (con riferimento a genitori, nonni, fratelli, sorelle)

si sono verificate le seguenti patologie

Malattie cardiache Infarto Sostituzioni valvolari Angioplastica altre Se sì
chi ed a quale età?Malattie vascolari Ipertensione Ictus altre Se
sì chi ed a quale età?Malattie metaboliche Diabete Ipercolesterolemia altre Se sì
chi ed a quale età?Malattie respiratorie Asma Broncopatia cronica altre Se sì
chi ed a quale età?Morte improvvisa NO SI' Se sì chi ed a quale età?Malattie genetiche Sindrome Marfan S. Brugada S. QT lungo altre Altre patologie NO SI' Quali? Se sì chi ed a quale età?.....**ANAMNESI FISIOLÓGICA e PATOLOGICA**Presenza di problemi di sviluppo psico-fisico? NO SI'

Se sì indicare di che tipo

Presenza di alterazioni scheletriche? NO SI' Scoliosi Cifosi Piedi piatti Altro Ha mai avuto episodi di convulsioni febbrili? NO SI' Ha mai avuto episodi di epilessia? NO SI'

Se sì indicare se è stato trattato con farmaci e quali

Ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza? NO SI'

Se sì specificare le conseguenze?

Ha mai sofferto di patologie reumatiche? (elevato tasso antistreptolisinico-TAS) NO SI'

Soffre di asma? NO SI'

Soffre di allergie? NO SI'

Se sì indicare se Agli alimenti A piante, erbe, pollini



SE FEMMINA menarca (prima mestruazione) anni ultima mestruazione data.....

Potrebbe essere in stato di gravidanza? NO SI'

E' mai stato ricoverato in Ospedale? NO SI'

Se sì specificare il motivo del ricovero

.....

Ha mai subito Fratture Distorsioni

Se sì indicare quali

Ha problemi di vista? NO SI'

Se sì indicare quali

Soffre di qualche patologia? NO SI'

Diabete Ipertensione Ipercolesterolemia Altro

Assume farmaci? NO SI' Se sì indicare quali

E' allergico a farmaci? NO SI' Se sì indicare quali

Fuma? NO SI' N° sigarette al giorno

Beve Alcoolici? NO SI' Quantità al giorno

E' stato sottoposto ad accertamenti di II livello in precedenti visite sportive? NO SI'

Se sì Ecocardio Holter EGC Altro

Attualmente STA BENE? SI' NO

Se no specificare i problemi

Attualmente pratica regolarmente attività sportiva? SI' NO Quante volte alla settimana?

Se maggiorenne **Firma dell'atleta**
Se minorenni **Firma del genitore o esercente la patria potestà**

Data

Data **Firma del medico presa visione**

C.F./P.I. 10530680965
Via S. Giacomo, 19, 26900 Lodi LO

CONTATTI
Email info@lodisalute.it
TEL 0371.0987
REA: LO-2538617