



MODULO ANAMNESTICO MEDICINA DELLO SPORT:

NOME PAZIENTE _____

COGNOME PAZIENTE _____

1 . Tra i Suoi famigliari (nonni, genitori, zii, fratelli, figli) ci sono stati casi di:

- Morte improvvisa
- Infarto
- Aritmie cardiache
- Altre malattie cardiache
- Ipertensione
- Colesterolo alto
- Diabete
- Nessuno dei precedenti

2 . Ha mai avuto problemi di salute rilevanti (es. ricoveri, interventi chirurgici, traumi)?

- Sì
- No
- Se sì, quali...

3 . Soffre di problemi cardiaci?

- Sì
- No
- Se sì, quali...

4 . E' allergico/a o asmatico/a?

- Sì
- No

5 . E' iperteso/a? (Ha la pressione alta?)

- Sì
- No

6 . Ha il colesterolo alto?

- Sì
- No

7 . E' diabetico/a?

- Sì
 No

8 . Fuma?

- Sì
 No
 Se sì, quante sigarette al giorno e da quanto tempo...

9 . Assume farmaci?

- Sì
 No
 Se sì, quali...

10 . Durante l'attività fisica e/o a riposo, avverte mai:

- Il cuore che batte in modo irregolare
 Dolore al petto
 Mancanza di respiro
 Nessuno dei precedenti

11 . E' mai svenuto/a?

- Sì
 No

12 . E' sempre stato giudicato idoneo/a alla visita medico-sportiva agonistica/non agonistica?

- Sì
 No

13 . Barrare le seguenti risposte:

- E' mai risultato positivo al COVID-19? SI NO
- Negli ultimi 21 giorni ha avuto questi sintomi:febbre, tosse, diarrea, dolori muscolari, difficoltà respiratorie, perdita di olfatto e/o gusto? SI NO
- Ha avuto contatti stretti con persone positive o probabilmente positive al COVID-19? SI NO
- E' in attesa dell'esito del tampone? (barrare un'opzione) SI NO

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico circa le mie attuali condizioni psico-fisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Cittadella, data odierna

Firma del dichiarante (se maggiorenne) o del responsabile genitoriale, se minorenne.

.....