FISIO HOME

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

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.

……