

Questionario Anamnestico per la Medicina dello Sport

Atleta:

Cognome e Nome: _____ | Luogo di nascita _____ ()
Data di nascita: _____ | Codice fiscale: _____
Nome del Medico di Famiglia: _____

Come compilare: per ogni domanda spuntare una sola casella tra sì e no. Dove la risposta è sì, spuntare le voci che riguardano l'atleta e indicare i dettagli richiesti (quale, quando). Non lasciare domande senza risposta.

ANAMNESI SPORTIVA

Quale sport pratichi principalmente? _____

Associazione/Società sportiva per cui sei tesserato? _____

Quante volte la settimana? _____ Per quante ore complessive? _____

Se fai gare, a quale livello: ☐ Provinciale | ☐ Regionale | ☐ Nazionale | ☐ Internazionale

Pratichi altri sport? ☐ sì | ☐ no

Se **Sì**, quali _____

Hai fatto la visita di idoneità agonistica/non agonistica l'anno scorso? ☐ sì | ☐ no

Se **Sì**, sei risultato idoneo? ☐ sì | ☐ no

Negli anni sei mai stato dichiarato non idoneo alla pratica di sport agonistici/non agonistici? ☐ sì | ☐ no

In occasione delle precedenti visite di idoneità ti sono mai stati chiesti degli esami in più (specificare esame e motivo)

ABITUDINI DI VITA

Fumi? ☐ sì | ☐ no | ☐ ex fumatore

Se **sì**, quante sigarette al giorno _____ da quanti anni _____ Se ex fumatore: hai smesso da _____

Bevi alcolici? ☐ sì | ☐ no

Se **sì**, cosa: ☐ vino | ☐ birra | ☐ superalcolici; In media quanti bicchieri a settimana? _____

Quanti caffè (o altre bevande con caffeina) bevi al giorno? _____ Bevi bevande energetiche? ☐ sì | ☐ no

ANAMNESI FAMILIARE

In famiglia (padre, madre, nonni, zii) soffrono o hanno sofferto di:

spuntare le voci e indicare il grado di parentela

- ☐ Diabete _____
- ☐ Asma _____
- ☐ Ipertensione arteriosa _____
- ☐ Cardiopatia ischemica o infarto _____
- ☐ Aritmie cardiache _____
- ☐ Ictus _____
- ☐ Colesterolo molto alto _____
- ☐ Anemia mediterranea _____
- ☐ Altre malattie a carattere ereditario _____
- ☐ Casi di morte improvvisa ed inspiegata in età non superiore ai 40-45 anni _____
- ☐ Cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia aritmogena, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Wolf Parkinson White, Brugada _____
- ☐ Nessuna di queste

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Soffri di:

☐ Insonnia | ☐ Stitichezza | ☐ Frequente diarrea | ☐ Frequenti dolori addominali | ☐ Nessuna di queste

Alimentazione: ☐ scarsa | ☐ normale | ☐ abbondante

SOLO PER LE ATLETE

A quale età hai avuto la prima mestruazione (menarca)? _____ Attualmente hai ancora le mestruazioni? ☐ sì | ☐ no

Data dell'ultima mestruazione: _____

Le mestruazioni sono regolari? ☐ sì | ☐ no

Negli ultimi 12 mesi hai avuto un'assenza di mestruazioni per 3 mesi consecutivi o più (amenorrea)? ☐ sì | ☐ no

VACCINAZIONI

Hai fatto i vaccini obbligatori ☐ sì | ☐ no

Hai fatto il vaccino per il SARS-CoV-2? ☐ sì | ☐ no

Se sì: numero di dosi e data ultima dose: quante _____ quando ____/____/____

ANAMNESI PATOLOGICA

Soffri di allergie? ☐ sì | ☐ no

Se sì: a cosa sei allergico? _____

L'allergia si manifesta con: ☐ raffreddore | ☐ asma | ☐ reazioni della pelle | ☐ altro: _____

È mai stato necessario un ricovero URGENTE in ospedale? ☐ sì | ☐ no

Quali farmaci assumi per l'allergia? _____

MALATTIE

Hai sofferto o soffri di una o più delle seguenti patologie?

☐ Malattie infettive dell'infanzia

Se sì, quali: _____

☐ Meningite

☐ Celiachia

☐ Polmonite/ pleurite/ bronchiolite

Se sì, quali/ quando? _____

☐ Covid-19

Se sì, quando e con quali sintomi: _____

☐ Patologie endocrinologiche (es. diabete, problemi tiroidei)

Se sì, quali? _____

☐ Patologie cardiache

Se sì, quali? _____

☐ Patologie respiratorie

Se sì, quali? _____

☐ Patologie neurologiche

Se sì, quali? _____

☐ Patologie renali

Se sì, quali? _____

Altre patologie da segnalare?

Se non hai mai sofferto di nessuna delle patologie elencate e non ne hai indicate altre, spuntare la casella:

☐ Nessuna di queste

SINTOMI CARDIORESPIRATORI DA SFORZO

Hai mai avuto uno o più dei seguenti sintomi durante attività sportiva o sforzo fisico?

- ☐ Perdita dei sensi (o quasi)
- ☐ Dolore al torace, pressione o costrizione toracica
- ☐ Capogiri, vertigini
- ☐ Fiato corto o fatica eccessiva non proporzionato allo sforzo
- ☐ Problemi respiratori come difficoltà a respirare, costrizione toracica, fischi, tosse
- ☐ Battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni) o che salta qualche battito

Se non hai mai avuto nessuno di questi sintomi, spuntare la casella:

- ☐ Nessuno di questi

PERDITA DI COSCIENZA

Hai mai avuto convulsioni, crisi epilettiche o svenimenti? ☐ sì | ☐ no

Se sì, spuntare e specificare:

- ☐ Episodi di convulsioni febbrili in età pediatrica

- ☐ Crisi epilettiche o crisi di assenza

Se sì, ne soffri tutt'ora? ☐ sì | ☐ no Ultimo episodio (anno) _____

Attualmente sei in terapia antiepilettica: ☐ sì | ☐ no

- ☐ Svenimenti o sincopi:

Se sì, quante volte ti è capitato? _____

Gli svenimenti hanno avuto una causa scatenante: ☐ sì | ☐ no

Se sì, quale? _____

Hai fatto accertamenti? ☐ sì | ☐ no Se sì, quali _____

INFORTUNI

Spuntare gli infortuni avuti e indicare anno e sede:

- ☐ Fratture _____
- ☐ Traumi cranici con perdita di coscienza _____
- ☐ Lesioni muscolari guarite in più di un mese _____
- ☐ Distorsioni guarite in più di un mese _____
- ☐ Nessuno di questi

Per qualcuno di questi infortuni è stato necessario un intervento chirurgico (quale e quando)?

PROBLEMI OSTEO/ARTICOLARI, POSTURALI

Hai sofferto/soffri di:

- ☐ Displasia congenita dell'anca
- ☐ Piede piatto
- ☐ Piede cavo
- ☐ Scoliosi
- ☐ Ipercifosi (gobba) dorsale

Altri problemi: _____

Specificare che tipo di cura hanno richiesto gli eventuali problemi ossei, articolari, posturali:

INTERVENTI CHIRURGICI

Hai subito interventi chirurgici? ☐ sì | ☐ no

Se sì, spuntare quelli subiti: ☐ Appendicectomia | ☐ Tonsillectomia | ☐ Adenoidectomia | ☐ Ernia inguinale

Altri interventi (sede, tipo ed anno) _____

DISTURBI VISIVI

Usi occhiali o lenti a contatto? ☐ sì | ☐ no | ☐ entrambi

Se usi le lenti a contatto le usi solo per praticare sport? ☐ sì | ☐ no

Se porti gli occhiali o le lenti per quale disturbo visivo? ☐ Miopia | ☐ Astigmatismo | ☐ Ipermetropia | ☐ Strabismo

TERAPIA

Assumi farmaci? ☐ sì | ☐ no Se sì, quali? _____

Assumi integratori? ☐ sì | ☐ no Se sì, quali? _____

ALTRO DA SEGNALARE

DICHIARAZIONE E CONSENSO ALLA VISITA

Il/la sottoscritto/a: Cognome e Nome: _____ | Luogo di nascita _____ ()

Data di nascita: _____ | Codice fiscale: _____

- a) di acconsentire a sottopormi agli accertamenti sanitari previsti dalla legge per la pratica di attività sportive agonistiche/non agonistiche (D.M. 18/2/1982 e successive integrazioni);
- b) dichiaro di aver ricevuto e letto le istruzioni sulla visita e l'Informativa Privacy (artt. 13-14 Reg. UE 2016/679), e di essere stato/a informato/a delle finalità degli accertamenti e dei rischi connessi;
- c) dichiaro di aver informato in maniera completa il Poliambulatorio Medico Polispecialistico, **Polimedica Rivarolese**, delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti;
- d) dichiaro che non assumo sostanze illecite né vietate dalla normativa antidoping e che mi impegno a non farne uso;
- e) prendo atto che i miei dati personali e relativi alla salute sono trattati e conservati da Polimedica Rivarolese per le finalità e con le modalità descritte nell'Informativa Privacy, senza necessità di consenso per le prestazioni sanitarie e per gli obblighi di legge.

Rivarolo Canavese, _____

Firma dell'interessato/a _____