SANIPRO S.R.L.
VIA TULLIO 7, 33100 UDINE
TEL. 04321597413
e-mail: ambulatori@sanipro.org
www.sanipro.org
P.IVA 02765990301
DIR. SAN. DOTT.SSA ADELAIDE LO BAIDO
Ordinanza n. 42 del 19/08/2019
Azienda Universitaria Integrata di Udine– pag 1/2

SCHEDA ANAMNESTICA PER VISITA MEDICA AI FINI DEL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA/NON AGONISTICA

Nome e cognome _____

C.F_____ Nato a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Via _____n°____

doc. identità num._____Sport praticato_____

Professione_____Titolo di studio_____

ANAMNESI FAMILIARE: Tra i familiari c'è qualcuno che ha sofferto di queste malattie?

Malattie di cuore	no	Sì	chi?		A che età?	
Pressione alta	no	Sì	chi?		A che età?	
Ictus	no	Sì	chi?		A che età?	
Colesterolo alto	no	Sì	chi?		A che età?	
Diabete	no	Sì	chi?		A che età?	
Malattie renali	no	Sì	chi?		A che età?	
Asma	no	Sì	chi?		A che età?	
Allergie	no	Sì	chi?		A che età?	
Malattie di fegato	no	Sì	chi?		A che età?	
Altro (specificare) _____	no	Sì	chi?		A che età?	
Ci sono stati casi di morte improvvisa in giovane età (<50) in famiglia?	no	Sì	chi?		A che età?	
Malattie a carattere genetico-ereditario (specificare)	no	Sì	chi?		A che età?	

ANAMNESI DELL'ATLETA

Hai già fatto visite di idoneità? No □ Si □ Dove l'ultima volta? ……In che anno? .....

Sei mai stato dichiarato "non idoneo/a" No □ Si □ per……

Ti sono mai stati richiesti accertamenti supplementari? No □ Si □ Quali?……

Attività sportiva attuale.....dall'età di anni .....

Numero allenamenti alla settimana.....ore complessive/settimana .....

Sport praticati in passato .... per anni.....

Hai mai accusato uno dei seguenti sintomi?	A riposo		Durante l'attività sportiva	
Mancanza di respiro	Sì	No	Sì	No
Svenimenti	Sì	No	Sì	No
Palpitazioni/Battito irregolare	Sì	No	Sì	No
Fatica sproporzionata a sforzo	Sì	No	Sì	No
Dolori/Costrizione al torace	Sì	No	Sì	No

Hai mai avuto una delle seguenti **malattie**?

Allergie	No □ Si □	Svenimenti	No □ Si □	Pertosse	No □ Si □
Asma	No □ Si □	Palpitazioni	No □ Si □	Morbillo	No □ Si □
Polmoniti	No □ Si □	Pressione alta	No □ Si □	Scarlattina	No □ Si □
Pleuriti	No □ Si □	Malattie reni	No □ Si □	Meningite	No □ Si □
Anemia	No □ Si □	Intolleranze alim.	No □ Si □	Malattie intestinali	No □ Si □
Epilessia	No □ Si □	Colesterolo alto	No □ Si □	Mononucleosi	No □ Si □
Diabete	No □ Si □	Varicella	No □ Si □	otiti/tonsilliti frequenti	No □ Si □
Malattie cuore	No □ Si □	Rosolia	No □ Si □	Deficit visivi	No □ Si □
Soffio al cuore	No □ Si □	Parotite (orecchioni)	No □ Si □	Deficit uditivi	No □ Si □

Altre malattie (tipo ed età) ……
Interventi **chirurgici** (tipo ed età) ……
Infortuni e **traumi** (tipo ed età) ……

Fumi? No □ Si □ Se si, quante sigarette?….al dì. Da quanti anni? …
Sei un ex fumatore? No □ Si □
Se si, da quanti anni hai smesso? …… Quante sigarette fumavi? …al dì. Per quanti anni? …..
Alcolici No □ Si □ Saltuariamente? Si □ No □ Se si, quanti bicchieri al giorno …. birre, …. vino, …. superalcolici
Assumi **farmaci**? No □ Si □ Se si, quali …….
Hai mai fatto uso o ti sono state proposte **sostanze** per migliorare le prestazioni? No □ Si □
Hai fatto **esami ematochimici** nell'ultimo anno? No □ Si □ per quale motivo? ……
Conosci il valore della tua **glicemia**? No □ Si □ ……. No, ma ricordo che risultava "normale" □
Conosci il valore del tuo **colesterolo**? No □ Si □ ……. No, ma ricordo che risultava "normale" □
Nell'ultimo mese hai avuto **febbre**? No □ Si □ ……

Vaccinazione antitetanica No □ Si □ anno dell'ultimo richiamo: ..... ……

Età della prima mestruazione..... …….. data d'inizio dell'ultima mestruazione .....

Gravidanze No □ Si □ quante?…….. A termine ……

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto né di aver assunto comportamenti tali da falsare o rendere pericolosa l'esecuzione degli esami previsti dalla visita.
Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcool.

Luogo …… data ..... Firma dell'atleta.....

Firma del genitore/tutore legale (se l'atleta è minorenne).....

Importante: portare fotocopie di tutti i referti medici riguardanti l'atleta, in particolare di natura cardiologica. Prima della visita è consigliabile non fumare, non bere alcolici, non mangiare abbondantemente e arrivare in ottimali condizioni di pulizia personale.