QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Data di compilazione :.....

cognome _____ nome _____ nato il _____

a _____ residente a _____ tel. _____

cap _____ via _____ n. _____ gruppo sportivo _____

codice fiscale _____ documento d'identità n. _____

DICHIARAZIONE - Io sottoscritto dichiaro di :

1 rispondere completamente ed in modo veritiero a questo QUESTIONARIO ANAMNESTICO
2 di informare esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche
3 e delle affezioni precedenti
4 e di non essere mai stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite medico sportive di legge.

FIRMA del dichiarante .....

(O firma del genitore se minorenne)

PESO : Kg.....

ALTEZZA : cm.....

Storia Familiare

Domande		Risposte	
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell' eta' di 50 anni (compreso infarto miocardio prematuro,annegamento,incidente d'auto inspiegato,o sindrome della morte improvvisa infantile)?		**NO**	**SI**
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con :	1-inspiegabili svenimenti,crisi convulsive,incidenti d'auto inspiegato,pre-annegamento?	**NO**	**SI**
	2-qualche problema cardiaco invalidante,pacemaker o defibrillatore impianti,trapianto cardiaco,chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?	**NO**	**SI**
	3-cardiopiopatia ipertrofica,cardiomiopatia dilatativa,sindrome di Marfan,cardiomiopatia aritmogena del venticolo destro, sindrome del QT lungo,sindrome del QT corto,sindrome di Brugada,tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica,cardiopatia ischemica <55 anni se maschi ,<65 se femmine?	**NO**	**SI**
	4-diabete ,tumori,ipertensione arteriosa (pressione alta),asma e malattie allergiche,malattie respiratorie, malattie neurologiche,malattie del sangue?	**NO**	**SI**

Storia personale

Domande		Risposte	
Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o quasi-perdita-dei-sensi (quasi svenimento-sincope)?	durante esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	dopo esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
Hai mai avuto malessere,dolore al torace,pressione o costrizione toracica?	durante esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	dopo esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
Hai mai avuto capogiri,vertigini?	durante esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	dopo esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, piu' di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	durante esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	dopo esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro,costrizione toracica,fischi,tosse)?	durante esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	dopo esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni,cardiopalmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari-extrasistoli)?	durante esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	**NO**	**SI**
Un medico ti ha mai detto che hai qualsiasi problema cardiaco,pressione arteriosa alta,colesterolo alto,un soffio al cuore,una aritmia cardiaca,una infezione al cuore nell'ultimo mese (ad esempio miocardite,mononucleosi),una crisi convulsiva inspiegabile,febbre reumatica?		**NO**	**SI**
Un medico ti ha mai detto che hai asma,crisi convulsive,epilessia,problemi di salute che impediscono lo sport,diabete,obesità,malattie ortopediche,malattie neurologiche,malattie respiratorie?		**NO**	**SI**
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore,per esempio ECG,Holter o ECO?		**NO**	**SI**
Hai qualche allergia (per esempio pollini,polvere,medicine,cibi,punture d'insetto)?		**NO**	**SI**
Hai mai avuto arrossamenti,orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?		**NO**	**SI**
Attualmente stai facendo qualche cura,usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?		**NO**	**SI**
Negli ultimi 2 anni hai preso farmaci in maniera costante?		**NO**	**SI**
Sei fumatore?		**NO**	**SI**
Tipo di sport praticato:	n. allenamenti alla settimana		