



STUDIO MEDICO
DOTTOR ROBERTO MANCINI

SCHEDA ANAMNESTICA

Da compilarsi in modo dettagliato a cura
dell'atleta o, se minorenni,
di uno dei genitori o chi per loro

COGNOME E NOME: _____ TELEFONO/CELL.: _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

RESIDENZA (VIA E CITTA'): _____

EMAIL: _____ STATURA (cm) _____ PESO (Kg) _____

SPORT PER IL QUALE (O I QUALI) VIENE RICHIESTO IL CERTIFICATO: _____

EVENTUALE SOCIETA' SPORTIVA CUI SI E' ISCRITTI: _____

PRATICA SPORT... {
 Amatoriale (pratica sport in modo incostante e senza vincoli particolari)
 Dilettante (allenamenti regolari e costanti, partecipazione regolare a competizioni o a campionati)
 Professionista (lo sport è il suo lavoro e ne trae guadagno)

- Prima visita per l'attività sportiva AGONISTICA
 Sempre idoneo a tutte le visite Medico-sportive AGONISTICHE precedenti (nel caso non sia la prima)
 Idoneo dopo richiesta di accertamenti (QUALI?) _____
 Non idoneo in precedenti visite (MOTIVO?) _____

MALATTIE DEI GENITORI, NONNI, FRATELLI/SORELLE

(specificare il grado di parentela)

Infarto _____

Ictus _____

Ipertensione arteriosa _____

Diabete _____

Colesterolo alto _____

Morte improvvisa GIOVANILE _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Nato da parto... Normale Cesareo Complicato... _____

Sonno... Regolare Non regolare, cioè? _____

Alimentazione... Normale Eccessiva Scarsa Irregolare Altro... _____

Va di corpo... Regolare Stitico Frequenti episodi diarroici Altro... _____

Urina... Regolare Irregolare, cioè? _____

Fumatore... Mai fumato Ex fumatore: per quanti anni ha fumato? _____
 Fumatore Quante sigarette al giorno? _____ A quanti anni ha iniziato? _____

Beve alcoolici... Mai Raramente Saltuariamente Ai pasti _____

Beve caffè... Mai Raramente Saltuariamente Sì, quanti al giorno? _____

NON PORTA OCCHIALI Usa lenti a contatto durante l'attività sportiva

PORTA OCCHIALI PER... Miopia Astigmatismo Ipermetropia Leggere Strabismo

Ciclo mestruale (solo femmine):

Non ancora mestruata In menopausa dall'età _____

Menstruazioni... Regolari Irregolari: _____

Servizio militare obbligatorio (solo maschi nati prima del 1986):

Esente per legge Fatto regolarmente Servizio Civile

Riformato per problemi di salute. Quali? _____

MALATTIE DELL'ATLETA

(barrare la casella interessata)

- Allergie _____
- Asma allergico _____
- Asma da sforzo _____
- Diabete _____
- Svenimenti improvvisi _____
- Vertigini improvvise _____
- Mal di testa _____
- Attacchi di aritmia cardiaca _____
- Malattie del cuore _____
- Ipertensione _____

(barrare la casella interessata)

- Malattie congenite _____
- Malattie del fegato _____
- Malattie dei reni _____
- Malattie psichiche _____
- Malattie polmonari _____
- Broncopolmoniti _____
- Epilessia e convulsioni _____
- Scoliosi _____
- Piedi piatti _____
- Daltonismo / Difficoltà a distinguere i colori _____

Altre segnalazioni: _____

INTERVENTI CHIRURGICI:

- Nessuno
- Tonsille
- Adenoidi
- Appendice
- Ernia inguinale
- Altri (specificare) _____

INFORTUNI (di rilevante entità):

- Nessun trauma grave
- Fratture (specificare) _____
- Distorsioni (specificare) _____
- Traumi cranici _____
- Altri traumi _____

DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA SI SONO MANIFESTATI, ALMENO UNA VOLTA, I SEGUENTI DISTURBI:

- Nessuno
- Palpitazioni
- Vertigini
- Svenimenti
- Crisi respiratorie
- Dolore toracico
- Altri _____
- Per prevenirli attua i seguenti provvedimenti: _____

USA REGOLARMENTE DEI FARMACI? No Sì (quali?) _____

IMPORTANTE: DATARE E FIRMARE IL SEGUENTE RIQUADRO

Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato il medico nel modo più completo e veritiero per quanto chiestogli sopra. Dichiara di avere pienamente recepito i rischi e i benefici di eventuali accertamenti richiesti. Dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'équipe medico-sportiva e dei collaboratori di questo ambulatorio (documento stilato nel rispetto della legge 196/2003).

Data _____

Firma _____