



STUDIO MEDICO  
DOTTOR ROBERTO MANCINI

## SCHEDA ANAMNESTICA

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

COGNOME E NOME: \_\_\_\_\_ TELEFONO/CELL.: \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
RESIDENZA (VIA E CITTA'): \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
EMAIL: \_\_\_\_\_ STATURA (cm) \_\_\_\_\_ PESO (Kg) \_\_\_\_\_

SPORT PER 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** \_\_\_\_\_  
**Altro** \_\_\_\_\_

### 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 sempre occhiali o lenti a contatto durante l'attività sportiva  
 **PORTA OCCHIALI PER...**  Miopia  Astigmatismo  Ipermetropia  Leggere  Strabismo

#### Ciclo mestruale (solo femmine):

Non ancora mestrata  In menopausa dall'età \_\_\_\_\_  
Mestruazioni...  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: \_\_\_\_\_

### INFORTUNI (di rilevante entità):

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

### INTERVENTI CHIRURGICI:

- Nessuno     Tonsille     Adenoidi     Appendice     Ernia inguinale  
 Altri (specificare) \_\_\_\_\_

### 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 esattamente il medico circa le sue attuali condizioni psico-fisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Dichiara inoltre di avere pienamente recepito la modalità di esecuzione, i rischi e i benefici del test ergometrico e dà il proprio consenso all'esecuzione dello stesso allo scopo di accertare l'idoneità sportiva.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_