



STUDIO MEDICO  
DOTTOR ROBERTO MANCINI

## SCHEMA 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 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_
- Mai avuta diagnosi certa di Covid19

(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 \_\_\_\_\_
- Covid asintomatico
- Covid con lievi sintomi

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 \_\_\_\_\_