

Dipartimento di Prevenzione
S.C. S.I.A.N. – Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Direttore ff: Dr. Paolo Merlo

Funzione Medicina dello Sport

SCHEDA ANAMNESTICA
DA RIPORTARE GIÀ COMPILATA ALLA VISITA
(contrassegnare con una croce la risposta indicando il SI oppure il NO – non lasciare in bianco)

COGNOME e NOME ATLETA _____ NATO/A IL _____

Domande riferite ai familiari dell'atleta (genitori, fratelli, nonni, ecc)

Ci sono nella sua famiglia casi di ipertensione, malattie cardiache, diabete Asma o altre patologie rilevanti SI NO

Se si lo/li descriva

Tra i suoi parenti ci sono casi di morte improvvisa prima dei 40 anni? SI NO

Se si lo/li descriva

Domande riferite all'atleta

Fa o ha fatto uso di alcool o tabacco? SI NO

Fa o ha fatto uso di sostanze stupefacenti? SI NO

Data ultime mestruazioni

Soffre attualmente o ha sofferto in passato di malattie come:

Diabete	SI	NO	Aritmie cardiache	SI	NO
---------	----	----	-------------------	----	----

Ipertensione arteriosa	SI	NO	Malattie neurologiche o epilessia	SI	NO
------------------------	----	----	-----------------------------------	----	----

Malattie cardiache	SI	NO	Asma/allergie	SI	NO
--------------------	----	----	---------------	----	----

Altre malattie rilevanti.....

Interventi chirurgici.....

Infortuni rilevanti o fratture.....

Ha mai avuto a riposo o durante attività fisica:

Sincope (svenimenti)	SI	NO	Dispnea (fatica a respirare)	SI	NO
----------------------	----	----	------------------------------	----	----

Cardiopalmi (palpitazioni)	SI	NO	Vertigini	SI	NO
----------------------------	----	----	-----------	----	----

Dolore toracico	SI	NO	Attacchi epilettici/convulsioni	SI	NO
-----------------	----	----	---------------------------------	----	----

Altri segni o sintomi rilevanti, in atto o pregressi.....

Assumi attualmente o abitualmente farmaci? SI NO

Se si quali.....

Quali sport pratica e da quanto tempo.....

Quante volte e per quante ore si allena alla settimana.....

Ha già eseguito visita per idoneità agonistica? SI NO

E' mai stato giudicato non idoneo o sospeso nel corso di tali visite? SI NO

Per quale motivo?.....

Se ha eseguito per qualsiasi motivo esami al cuore (eco, ecg, holter), esami del sangue o altri esami rilevanti li porti alla visita (almeno i più recenti)

Firma genitore

Firma atleta maggiorenne

Documento.....

Documento.....

Data.....

Data

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

Direzione

Via Venezia, 6 – 15121 – Alessandria – tel. 0131.307800 – 0131.307823

<https://www.aslal.it/servizio-igiene-alim>