

QUESTIONARIO DI MEDICINA DELLO SPORT

Anamnesi familiare e personale

Cognome e Nome _____ nato il _____

Notizie riguardanti la famiglia

Indicare nella casella i casi di famigliari (genitori - nonni - fratelli o sorelle) che sono stati o sono affetti dalle seguenti malattie:

Malattie di Cuore SI NO Ipertensione SI NO Diabete SI NO

Tbc SI NO Tumori SI NO Asma e Malattie Allergiche SI NO

Notizie riguardanti l'atleta

Barrare le caselle:

Morbillo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Varicella	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Anemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Rosolia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie di cuore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie di reni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pertosse (tosse canina)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tbc	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Scarlattina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malattie intestino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lussazione anca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Scoliosi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Eczema	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dorso curvo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Allergia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Piede piatto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Svenimento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Scapole alate	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Epilessia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Epatite virale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diabete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Otite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trauma cranico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sinusite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fratture	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Polmonite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Distorsioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tonsilliti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lussazioni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pleurite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altro.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Interventi chirurgici:

Tonsille SI NO _____ anni Adenoidi SI NO _____ anni
Ernia SI NO _____ anni Appendicite SI NO _____ anni
altro _____

Notizie particolari:

(tipo, decorso, cure, esiti) sulle malattie sopraindicate: _____

E' guarito completamente? SI NO

Disturbi rimasti _____

Sta facendo cure? SI NO

Quali e per quale motivo _____

Usa occhiali? SI NO Lenti corneali SI NO per:

Miopia Ipermetropia Astigmatismo Strabismo

E' stato in cura con:

Busti correttivi SI NO Ginnastica correttiva SI NO Rialzo al piede SI NO

Anamnesi Fisiologica:

Per i maschi: Idoneo al Servizio di Leva SI NO _____

Per le femmine: 1^a mestruazione a _____ anni Data ultima mestruazione _____

Fuma SI NO da quanto tempo _____ quante sigarette al giorno _____

Beve alcolici SI NO quantità _____

Attività professionale _____

Sport praticati _____

Prima visita medico sportivo SI NO Rinnovo SI NO

In visite precedenti:

E' sempre stato dichiarato idoneo SI NO **E' stato dichiarato non idoneo** SI NO

Il sottoscritto _____

Per atleta minorenni, nome del genitore

(genitore di _____)

dichiara, sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere. Si impegna inoltre a non fare uso di droghe riconosciute illegali.

Data _____

Firma dell'atleta se maggiorenne
o firma di un genitore per minori di 18 anni