

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Compilare in ogni sua parte perché il documento ha validità medico — legale

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Tel. / Cel. _____

Che tipo di sport pratica? _____ Quanti allenamenti a settimana? _____

DOMANDE RELATIVE AI FAMILIARI:

Eventuali malattie dei parenti: Malattie cardiache, Ipertensione, Diabete, Patologie tumorali, altro? no si

se si, indicare la malattia _____

In famiglia ci sono stati casi di morte CARDIACA IMPROVVISA in giovane età? (<60 anni) no si

ANAMNESI PERSONALE DEL PAZIENTE:

Ha GIA' effettuato una visita con elettrocardiogramma /medico sportiva? no si

Durante visite precedenti è mai stato sospeso o le sono mai stati richiesti eventuali accertamenti cardiologici? (ecocolordoppler cardiaco; holter; test da sforzo massimale e/o altri) no si se si, quali e per quale motivo?

Fumo: no si se si: quanto? _____

Alcool: no sì se si: con che frequenza settimanale? _____

Soffre di una o più di queste patologie?

Cardiache: no sì se si, quale? _____

Ipertensione: no si

Diabete: no si

Respiratorie: no si se si, quale? _____

Ortopediche: no si se si, quale? _____

Allergie: no si se si, a cosa? _____

Altre malattie: no si se si, quali? _____

È stato sottoposto ad uno o più interventi chirurgici? no Sì se si, quali? _____

Ha mai subito Infortuni o traumi importanti? _____

Fratture: no si se si quali? _____

Traumi cranici: no si se si quando? _____

Svenimenti: no sì se si durante attività fisica? no si

Assume dei medicinali? no si se si, quali? _____

DONNE: età primo ciclo mestruale: _____ data ultimo mestruale: _____

Firma _____ Valmadrera, il _____