

Questionario anamnestico per atleti minorenni da compilare e firmare da parte di un genitore o di un suo legale rappresentante

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

a _____ residente a _____

via _____ tel. _____

Società sportiva _____ sport praticato _____

- C'è qualche membro della sua famiglia (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini) che è affetto da:
Diabete – Iperensione – Ipercolesterolemia – Malattie cardiovascolari o altre malattie importanti?

SÌ

NO

Quali? _____

- C'è qualche membro della sua famiglia che è deceduto prima dei 50 anni, oppure improvvisamente?
(se sì, specificare la causa e il grado di parentela)

SÌ

NO

- E' nato da parto normale, a termine dei 9 mesi?
(se no, specificare) _____

SÌ

NO

- Fuma? (se sì, quante sigarette _____)

SÌ

NO

- Beve caffè? (se sì, quanti _____)

SÌ

NO

- Beve alcolici? (se sì, abitualmente o saltuariamente)

SÌ

NO

- E' mai stato ricoverato in ospedale?
(se sì, per quale motivo _____)

SÌ

NO

- Ha mai subito interventi chirurgici?
(se sì, quali _____)

SÌ

NO

- Le hanno mai trovato soffi al cuore o altre anomalie cardiache?
(se sì, quali? _____)

SÌ

NO

- Ha mai sofferto di vertigini, palpitazioni, svenimenti, dolori al torace?
(se sì, specificare quali e la causa _____)

SÌ

NO

- Ha sofferto di frequenti tonsilliti?

SÌ

NO

- Ha sofferto di frequenti otiti?

SÌ

NO

- E' allergico a qualche sostanza?
(se sì, a quali sostanze _____)

SÌ

NO

- Ha mai sofferto d'asma? SI NO

- Ha mai sofferto di malattie del sistema nervoso (convulsioni, epilessia, depressione, ansia)?
Specificare quali _____ SI NO

- Ha mai riportato gravi infortuni dell'apparato muscolo-scheletrico?
Es. fratture, rotture, legamenti, lussazioni, ecc.
(se sì, quali _____) SI NO

- Negli ultimi mesi ha avuto qualche malattia?
(se sì, quale? _____) SI NO

- Le hanno mai trovato negli esami del sangue il colesterolo, la glicemia o altri valori alterati?
(se sì, quali? _____) SI NO

- Ha mai avuto disturbi durante l'attività fisica?
(se sì, quali? _____) SI NO

Il sottoscritto dichiara di avere informato esattamente il medico, delle sue attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, di non far uso di droghe o sostanze illegali e di essere informato sui pericoli del fumo e dell'alcool.

Data _____

(firma del dichiarante)*

*specificare il grado di parentela con il minore _____