QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Si prega di compilare in ogni sua parte perché il documento ha *validità medico – legale*

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____a _____Tel_____
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 □ sì se sì, indicare la malattia _____
_____

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

ANAMNESI PERSONALE DEL PAZIENTE:
Ha GIA' effettuato una visita con elettrocardiogramma /medico sportiva? □ no □ sì

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 □ sì
se sì, *quali e per quale motivo ?*
_____

Fumo: □ no □ sì se sì: quanto_____ Alcool: □ no □ sì se sì: quanto_____

Soffre di una o più di queste patologie?
Cardiache: □ no □ sì se sì, quale? _____
Ipertensione: □ no □ sì
Diabete: □ no □ sì
Respiratorie: □ no □ sì se sì, quale? _____
Ortopediche: □ no □ sì se sì, quale? _____
Allergie: □ no □ sì se sì, a cosa? _____
Altre malattie: □ no □ sì se sì, quali? _____
È stato sottoposto ad uno o più interventi chirurgici? □ no □ sì □ quali?
_____
Ha mai subito Infortuni o traumi importanti ? :
Fratture □ no □ sì se sì quali?_____
Traumi cranici □ no □ sì se sì quando?_____
Svenimenti □ no □ sì se sì durante attività fisica? □ no □ sì

Assume dei medicinali? □ no □ sì se sì, quali?
_____

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

Firma_____.

Introbio, il _____