PROGETTO FMSI

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT DI:_____(PR____)

SCHEDA ANAMNESI

SEZIONE A – DATI PERSONALI

A.1) Cognome:_____ A.2) Nome: _____

A.3) Data di nascita (gg/mm/aaaa): _ _ / _ _ / _ _ _ _

A.4) Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

A.4.1) Se Femmina, età del menarca? ☐ meno di 10 ☐ 10-11 ☐ 12-13 ☐ 14-15 ☐ più di 15

A.4.2) Il ciclo è: ☐ Regolare ☐ Irregolare

A.5) E' la prima volta, in assoluto, che fai una visita dal medico dello sport? ☐ No ☐ Si

A.6) Per quale motivo richiedi il certificato?

☐ Attività sportiva agonistica ☐ Attività sportiva non agonistica

☐ Attività ludico amatoriale ☐ Attività sportiva, ad elevato impegno cardiovascolare

A.7) Professione:

☐ studente ☐ impiegato ☐ casalinga ☐ operaio ☐ pensionato ☐ autonomo ☐ altro *(specificare)* _____

SEZIONE B – ATTIVITA' FISICA

B.1) Quale lo sport principale che pratichi? _____ *(Altro sport ?* _____ *)*

B.2) Quanti giorni alla settimana ti alleni? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

B.3) Quanto dura, in media, ogni tuo allenamento? ☐ meno di 1 ora ☐ 1-1,5 ora ☐ 2-2,5 ore ☐ 3-3,5 ore ☐ oltre 3,5 ore

B.4) Da quanti anni lo pratichi? ☐ meno di un anno ☐ 1 anno ☐ 2 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ più di 4 anni

SEZIONE C – ABITUDINI

C.1) Consumi ogni giorno caffè? ☐ No ☐ Si

C.1.1) Se si: ☐ 1-3 caffè ☐ Più di 3 caffè

C.2) Fumi sigarette? ☐ No ☐ Si

C.2.1) Se si, quante? ☐ 1-10 sigarette ☐ Più di 10 sigarette

C.2.2) Se no, sei un ex-fumatore? ☐ No ☐ Si C.2.3) Se sì, specificare da quanti anni _ _

C.3) Consumi alcool? ☐ No ☐ Si

C.3.1) Se sì, quanti bicchieri di vino bevi, in media, a pasto? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ Più di 2

C.3.2) Se sì, bevi aperitivi o liquori quasi tutti i giorni? ☐ No ☐ Si

C.4) Nell'ultimo anno hai abitualmente assunto farmaci? ☐ No ☐ Si

C.4.1) Se si, per quale motivo? (*sono possibili più risposte)*

☐ Per la pressione ☐ Anticoncezionale

☐ Per il diabete ☐ Per patologie della tiroide

☐ Per il colesterolo o i trigliceridi alti ☐ Antiepilettici

☐ Antinfiammatori ☐ Antibiotici

☐ Antistaminici/Antiallergici/Antiasmatici

C.5) Nell'ultimo anno hai abitualmente assunto integratori/vitaminici? ☐ No ☐ Si

C.5.1) Se si, quali? (*sono possibili più risposte)*

☐ Multivitaminici ☐ Sali minerali ☐ Proteine ☐ Barrette energetiche ☐ Antiossidanti ☐ Maltodestrine

SEZIONE D – STORIA PERSONALE RECENTE

D.1) Hai parenti (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, cugini di vario grado) deceduti per malore improvviso prima dei 50 anni (morte improvvisa)? ☐ No ☐ Si

D.1.1) Se si, per quali cause? ☐ Arresto cardiaco ☐ Ictus ☐ Altro

D.2) Nella tua famiglia ci sono mai stati problemi cardiovascolari o patologie a carattere ereditario? ☐ No ☐ Si

D.2.1) Se si, quali? ☐ Infarto ☐ Ictus ☐ Malattie autoimmuni ☐ Diabete ☐ Asma ☐ Ipertensione arteriosa ☐ Altro *(specificare)* _____

D.3) Negli ultimi sei mesi hai mai avuto:

Svenimenti	☐ No	☐ Si a riposo	☐ Si durante sforzo	☐ Si dopo sforzo
Capogiri	☐ No	☐ Si a riposo	☐ Si durante sforzo	☐ Si dopo sforzo
Perdita di coscienza	☐ No	☐ Si a riposo	☐ Si durante sforzo	☐ Si dopo sforzo
Dolori al petto	☐ No	☐ Si a riposo	☐ Si durante sforzo	☐ Si dopo sforzo
Palpitazioni	☐ No	☐ Si a riposo	☐ Si durante sforzo	☐ Si dopo sforzo
Battiti irregolari	☐ No	☐ Si a riposo	☐ Si durante sforzo	☐ Si dopo sforzo
Febbre	☐ No	☐ Si		

D.4) Soffri di allergie? ☐ No ☐ Si

D.4.1) Se sì, di che tipo? *(sono possibili più risposte)*

☐ Respiratorie ☐ Cutanee ☐ Alimentari ☐ Metalli ☐ Farmaci ☐ Pollini

D.5) Negli ultimi sei mesi hai mai avuto:

Traumi cranici	☐ No	☐ Si
Fratture	☐ No	☐ Si *(specificare dove)* _____
Infortuni gravi	☐ No	☐ Si
Interventi chirurgici	☐ No	☐ Si *(specificare quale)* _____

D.6) Sei portatore di un solo organo? *(ad esempio, un solo rene, testicolo, occhio)* ☐ No ☐ Si

D.6.1) Se si, quale? ☐ Monorene ☐ Monocolo ☐ Un solo testicolo ☐ Altro *(specificare)* _____

D.7) Hai mai fatto controllare testicoli o seno? ☐ No ☐ Si

D.8) Porti occhiali o lenti a contatto? ☐ No ☐ Si

D.8.1) Se si, a quale età hai scoperto la riduzione del visus ? _____

D.8.2) Dove l'hai scoperto? ☐ Scuola ☐ Oculista ☐ Medico sportivo ☐ Pediatra ☐ Altro *(specificare)*_____

D.9) Hai problemi nel distinguere i colori? ☐ No ☐ Si

D.10) *(per indicare una risposta affermativa, barrare la risposta corrispondente)*

Hai mai sofferto / ti hanno mai diagnosticato	Se si, barrare	Hai mai sofferto / ti hanno mai diagnosticato	Se si, barrare
Sovrappeso	☐	Varicocele	☐
Sottopeso	☐	Idrocele	☐
Cefalea	☐	Torsione del testicolo	☐
Epilessia/convulsioni	☐	Lesione del legamenti	☐
Trauma cranico	☐	Condropatia rotulea	☐
Polmonite	☐	Epicondilite	☐
Pneumotorace	☐	Tendinite	☐

Asma da sforzo	☐	Fratture	☐
Asma allergico	☐	Malattie reumatiche	☐
Allergie	☐	Pubalgia	☐
Disturbi della vista	☐	Meniscectonia	☐
Soffi cardiaci	☐	Lesioni muscolari	☐
Extrasistoli/aritmie	☐	Morbo Osgood-Schlatter	☐
Preeccitazione ventricolare	☐	Patologie dell'accrescimento	☐
Patologie della tiroide	☐	Scoliosi	☐
Diabete tipo 1	☐	Ginocchio varo/valgo	☐
Diabete tipo 2	☐	Ernie inguinali	☐
Anomalie pubertà	☐	Patologie otorinolaringoiatriche	☐
Testicolo ritenuto	☐	Patologie renali	☐

D.11) Sei mai stato dichiarato non idoneo o sospeso all'attività sportiva per una delle precedenti patologie?

☐ No ☐ Si ☐ Si ma per altre cause *(specificare quale)* _____

D.12) Hai effettuato accertamenti cardiologici nel corso della tua vita? ☐ No ☐ Si

D.12.1) Se si, quali? *(sono possibili più risposte)*

☐ Ecocardiogramma ☐ Visita cardiologica ☐ Monitoraggio ECG delle 24 ore (Holter) ☐ Visita aritmologica

☐ Test ergometrico massimale - Cicloergometro ☐ Monitoraggio pressorio delle 24 ore

☐ Altro *(specificare)* _____

D.13) Hai mai effettuato le seguenti vaccinazioni?

Difterite	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Tetano	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Pertosse (DTP)*	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Poliomielite*	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Epatite B (HBV)*	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Haemophilus influenzae b (Hib)*	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Morbillo-Parotite-Rosolia	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Meningococco C	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Pneumococco	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Varicella	☐ Si	☐ No	☐ Non so
Papilloma virus (HPV)	☐ Si	☐ No	☐ Non so

* I vaccini DTP, Poliomielite,HBV e Hib sono tutti contenuti nella fiala del cosiddetto “esavalente” che viene somministrato ai bambini al 3°, al 5°-6° e all’11°-12° mese di vita.

D.14) Hai altre informazioni mediche importanti da riferire? ☐ No ☐ Si

D.13.1) Se si, specifica:_____

SEZIONE E – INFORMAZIONI

E. 1) Cosa è per te il medico specialista in Medicina dello Sport ? *(sono possibili più risposte)*

☐ Utile riferimento ☐ Colui che rilascia l’idoneità sportiva

☐ Consulente del Medico / Pediatra di famiglia ☐ Utile controllo per la prevenzione

E. 2) Per quali motivi ti rivolgi al Medico Specialista in Medicina dello Sport? *(sono possibili più risposte)*

☐ Idoneità sportiva ☐ Consigli per l’allenamento

☐ Consigli per l’alimentazione ☐ Consigli per il recupero dagli infortuni

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti e di non avere in corso sospensioni o di non essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Do atto di essere informato dei pericoli derivanti dall’uso di droghe riconosciute illegali e di sostanze dopanti, dall’uso improprio di farmaci, dal fumo di tabacco e dall’abuso di alcool. La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenne, da almeno un genitore.

FIRMA _____ DATA _____