



STUDIO MEDICO
DOTTOR ROBERTO MANCINI

SCHEMA ANAMNESTICA

Da compilarsi in modo dettagliato a cura
dell'atleta o, se minorenne,
di uno dei genitori o chi per loro

COGNOME E NOME: _____ TELEFONO/CELL.: _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____

RESIDENZA (VIA E CITTA'): _____

EMAIL: _____ STATURA (cm) _____ PESO (Kg) _____

SPORT PER IL QUALE (O I QUALI) VIENE RICHIESTO IL CERTIFICATO: _____

EVENTUALE SOCIETA' SPORTIVA CUI SI E' ISCRITTI: _____

PRATICA SPORT... {
 Amatoriale (pratica sport in modo incostante e senza vincoli particolari)
 Dilettante (allenamenti regolari e costanti, partecipazione regolare a competizioni o a campionati)
 Professionista (lo sport è il suo lavoro e ne trae guadagno)

Prima visita per l'attività sportiva AGONISTICA

Sempre idoneo a tutte le visite Medico-sportive AGONISTICHE precedenti (nel caso non sia la prima)

Idoneo dopo richiesta di accertamenti (QUALI?) _____

Non idoneo in precedenti visite (MOTIVO?) _____

MALATTIE DEI GENITORI, NONNI, FRATELLI/SORELLE

(specificare il grado di parentela)

Infarto _____

Ictus _____

Ipertensione arteriosa _____

Diabete _____

Colesterolo alto _____

Morte improvvisa GIOVANILE _____

Altro _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

Nato da parto... Normale Cesareo Complicato... _____

Sonno... Regolare Non regolare, cioè? _____

Alimentazione... Normale Eccessiva Scarsa Irregolare Altro... _____

Va di corpo... Regolare Stitico Frequenti episodi diarroici Altro... _____

Urina... Regolare Irregolare, cioè? _____

Fumatore... Mai fumato Ex fumatore: per quanti anni ha fumato? _____
 Fumatore Quante sigarette al giorno? _____ A quanti anni ha iniziato? _____

Beve alcoolici... Mai Raramente Saltuariamente Ai pasti _____

Beve caffè... Mai Raramente Saltuariamente Sì, quanti al giorno? _____

NON PORTA OCCHIALI Usa sempre occhiali o lenti a contatto durante l'attività sportiva

PORTA OCCHIALI PER... Miopia Astigmatismo Ipermetropia Leggere Strabismo

Ciclo mestruale (solo femmine):

Non ancora mestrata In menopausa dall'età _____

Mestruazioni... Regolari Irregolari: _____

Servizio militare obbligatorio (solo maschi nati prima del 1986):

Esente per legge Fatto regolarmente Servizio Civile

Riformato per problemi di salute. Quali? _____

MALATTIE DELL'ATLETA

(barrare la casella interessata)

- Allergie _____
 Asma allergico _____
 Asma da sforzo _____
 Diabete _____
 Svenimenti improvvisi _____
 Vertigini improvvise _____
 Mal di testa _____
 Attacchi di aritmia cardiaca _____
 Malattie del cuore _____
 Ipertensione _____
 Covid con severe complicanze _____

(barrare la casella interessata)

- Malattie congenite _____
 Malattie del fegato _____
 Malattie dei reni _____
 Malattie psichiche _____
 Malattie polmonari _____
 Broncopolmoniti _____
 Epilessia e convulsioni _____
 Scoliosi _____
 Piedi piatti _____
 Daltonismo / Difficoltà a distinguere i colori _____

Altre segnalazioni: _____

INFORTUNI (di rilevante entità):

- Nessun trauma grave
 Fratture (specificare) _____
 Distorsioni (specificare) _____
 Traumi cranici _____
 Altri traumi _____

INTERVENTI CHIRURGICI:

- Nessuno Tonsille Adenoidi Appendice Ernia inguinale
 Altri (specificare) _____

DURANTE L'ATTIVITA' SPORTIVA SI SONO MANIFESTATI, ALMENO UNA VOLTA, I SEGUENTI DISTURBI:

- Nessuno Palpitazioni Vertigini Svenimenti Crisi respiratorie Dolore toracico
 Altri _____
 Per prevenirli attua i seguenti provvedimenti: _____

USA REGOLARMENTE DEI FARMACI? No Sì (quali?) _____

IMPORTANTE: DATARE E FIRMARE IL SEGUENTE RIQUADRO

Il sottoscritto (o uno dei genitori o chi per loro in caso di minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di avere informato esattamente il medico circa le sue attuali condizioni psico-fisiche, le patologie pregresse e gli esiti delle precedenti valutazioni medico-sportive.

Dichiara inoltre di avere pienamente recepito la modalità di esecuzione, i rischi e i benefici del test ergometrico e dà il proprio consenso all'esecuzione dello stesso allo scopo di accertare l'idoneità sportiva.

Data _____

Firma _____