

# ANAMNESI di .....

Nome e cognome dell'atleta

1) E' stato dichiarato **non idoneo** o è **sospeso** per accertamenti presso altri Centri?  SI  NO

2) Ha avuto famigliari o parenti deceduti per **morte improvvisa** prima dei 40 anni (dovuta a malore)?  SI  NO

Chi?..... A che età? ..... Per quale causa? .....

3) Tra i suoi famigliari (genitori, fratelli, nonni, zii) si sono mai verificate le seguenti patologie?  
➤ **Malattie cardio-vascolari** (es: infarto, ipertensione arteriosa, ictus...)?  SI  NO

Quali?..... Chi? .....

Quali?..... Chi? .....

➤ **Malattie metaboliche** (es: diabete, ipercolesterolemia,...)?  SI  NO

Quali?..... Chi? .....

➤ **Altre malattie su base familiare/ereditaria** (favismo, talassemia, malattie della tiroide,...)?  SI  NO

Quali?..... Chi? .....

4) Ha mai avuto svenimenti, capogiri, perdita di conoscenza?  MAI  DURANTE LO SFORZO  A RIPOSO  
Dolori al petto, palpitazioni, battiti irregolari?  MAI  DURANTE LO SFORZO  A RIPOSO

5) Deve segnalare **malattie** nel passato o in atto, al di fuori delle comuni malattie infantili?  SI  NO

Quali? .....

6) Assume **farmaci** abitualmente?  SI  NO

Quali? ..... Perché?.....

7) Soffre di **allergie**?  SI  NO

Quali? .....

8) Deve segnalare **interventi chirurgici/ricoveri ospedalieri**?  SI  NO

Quali? ..... A che età?.....

Quali? ..... A che età?.....

9) Ha subito **fratture, infortuni gravi, traumi cranici**?  SI  NO

Quali? ..... A che età?.....

10) E' portatore di **monorgano** (un solo rene, un solo occhio, un solo testicolo,...)?  SI  NO

Quali? .....

11) Fuma?  NO  SI ...../di Beve alcool?  NO  AI PASTI  ABBONDANTE

12) Per le atlete: età prima mestruazione ..... data ultima mestruazione ...../...../.....

Data ...../...../.....

.....  
Firma del dichiarante o del tutore se minore