

CHECK LIST ANAMNESTICA PER IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLO SPORT AGONISTICO

Il paziente

COGNOME e NOME			
Nato/a a		In data	

Eventuale Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto

COGNOME e NOME			
Nato/a a		In data	
Cod. Fis.			

In qualità di suo:

☐ genitore
 ☐ caregiver
 ☐ tutore
 ☐ curatore
 ☐ amministratore di sostegno
 ☐ (altro)

Questo questionario è finalizzato a raccogliere importanti informazioni circa lo stato di salute, facilitando lo svolgimento della visita medica. Farà parte integrante della cartella pertanto siete pregati di compilarlo con attenzione.

Ti è mai stata sospeso l'idoneità agonistica in precedenza? SI NO

Se SI, per quale motivo e quali accertamenti ti hanno richiesto? _____

Numero allenamenti alla settimana _____ ore; n° allenamenti/settimana _____

Impegno fisico: LEGGERO ☐ MEDIO ☐ INTENSO ☐ ESTREMO ☐

A. ANAMNESI FAMILIARE

(malattie presenti nei familiari di primo grado: genitori, fratelli, zii, nonni, figli insorte prima degli 70 anni)

Domande	Risposte	
Diabete (I tipo 1 o I tipo 2)	NO	SI
Iperensione arteriosa (pressione alta)	NO	SI
Morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni o sindrome della morte improvvisa infantile	NO	SI
Malattia cardiaca grave come ad es. cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo o corto, sindrome di Brugada	NO	SI
Ipercolesterolemia familiare (malattia ereditaria che comporta alti valori di colesterolo nel sangue)	NO	SI
Condizioni genetiche ereditarie come alcune anemie (es. talassemia), favismo, collagenopatie (es. sindrome di Marfan), alterazioni della coagulazione (es. emofilia), patologie tumorali (es. sindrome di Li-Fraumeni, neurofibromatosi di tipo 1, sindrome di Von Hippel-Lindau)	NO	SI

Società e Salute S.p.A.



Sede legale: via Temperanza, 6 - 20127 Milano - cmsantagostino@legalmail.it
 Capitale sociale i.v. Euro 2.423.893,30 - Registro delle Imprese di Milano, C.F. 05128650966 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 1798600
 Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo
 Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
 santagostino.it

Approvato dalla Direzione Sanitaria

B. ANAMNESI PATOLOGICA DELL'ATLETA (malattie presenti o passate che hai avuto)

Infarto / angina	SI	NO	Cardiomiopatia (malattia di cuore)	SI	NO
Malformazioni	SI	NO	Valvulopatia (es. aorta bicuspidale)	SI	NO
Miocardite/pericardite	SI	NO	Aritmia/extrasistoli	SI	NO
Iperensione arteriosa (Pressione alta)	SI	NO	Ipercolesterolemia/dislipidemia (colesterolo o trigliceridi alti)	SI	NO
Asma	SI	NO	Pneumotorace	SI	NO
Epilessia	SI	NO	Forame ovale pervio / DIA / DIV	SI	NO

Altro: _____

C. Problemi ortopedici presenti o passati che hai avuto

Trauma cranico	SI	NO	Scoliosi	SI	NO
Fratture	SI	NO	Piede piatto / cavo / torto	SI	NO
Distorsioni articolari	SI	NO	Iperlordosi / ipercifosi	SI	NO
Lussazioni articolari	SI	NO	Utilizzo di plantari	SI	NO
Utilizzo di busto correttivo	SI	NO	Ginnastica correttiva	SI	NO

D. Hai mai avuto problemi durante attività sportiva o sforzo?

	Sì, a riposo	Sì, sotto sforzo o allenamento	MAI
Hai mai avuto perdita dei sensi, svenimento, quasi svenimento o sincope?			
Hai mai avuto, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?			
Hai mai avuto la sensazione di battito irregolare?			

INTERVENTI CHIRURGICI: SI NO

Se SI, quali _____

FARMACI: Attualmente è in terapia, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o “da banco” o inalatori? SI NO

Se SI, quali _____

Importante: portare tutti i referti medici riguardanti l’atleta, in particolare quelli di natura cardiologica, inclusi gli esami ematochimici se recenti. Prima della visita è indicato non fumare; non bere alcolici, caffè o bevande energetiche per almeno 6 ore.

Il sottoscritto dichiara di aver correttamente informato il medico delle proprie condizioni psico-fisiche, che quanto sopra corrisponde a verità e di non aver omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto.

FIRMA DEL PAZIENTE
(genitore/rappresentante legale)