

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)

SPORT PRATICATO: _____

ALTEZZA: _____ PESO: _____

QUANTE VOLTE ALLA SETTIMANA E PER QUANTE ORE: _____

A. Storia familiare

Domande	Risposte	
Tra i suoi parenti diretti (madre/padre/fratelli) ci sono stati casi di malattie gravi e/o malattie cardiovascolari (infarti o ictus) AL DI SOTTO DEI 65 ANNI? Se SI, specifichi di cosa si è trattato:	NO	SI
Tra i suoi parenti ci sono stati casi di “MORTA IMPROVVISA” prima dei 40 anni? Se SI, lo descriva:	NO	SI
Soffre o ha sofferto in passato di qualche malattia di un certo rilievo? (es. malattie cardiache, epilessia, pressione alta, asma bronchiale ecc.) Se SI lo descriva:	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

Ha mai avuto malori a riposo e/o durante la pratica sportiva? (es. dolore al torace, vertigini, svenimenti, palpitazioni, tachicardie, affanno ecc.) Se SI, specifichi di cosa si è trattato: _____ _____	NO	SI
Fa o ha fatto uso in passato di tabacco? Se SI, quante sigarette al giorno: ____ Ex fumatore da? (anno) ____	NO	SI
Attualmente prende qualche Farmaco? Se SI, quali? _____ Per quale motivo? _____	NO	SI
Allergie? Se SI, quali? _____	NO	SI
Hai mai subito Interventi Chirurgici? Se SI, quali? _____	NO	SI
Hai mai subito traumi accidentali di un certo rilievo? Se SI, quali? _____	NO	SI

FIRMA DEL PAZIENTE
(genitore/rappresentante legale)