

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT SRL

Piazza Risorgimento, 3 – Carate Brianza (MB) – Tel.0362.992820 - E-mail cmscarate@gmail.com

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