



**DIPARTIMENTO SPECIALISTICO TERRITORIALE  
S.C. PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI**

Tel. 040/3992902  
Fax 040/3992935

Ospedale Maggiore, Via Slataper 9, 34125 Trieste  
e-mail: ccv@asugi.sanita.fvg.it

Direttore: dott. Andrea Di Lenarda

**Ambulatorio Medicina dello sport - Sede di Gorizia  
Ospedale Civile - Edificio principale - V.le Fatebenefratelli, 34  
Piano 1 - Piastra Ambulatoriale  
040/3992902 – FAX 040399/2935 – cellulare 3296344146  
E-mail: [ccv@asugi.sanita.fvg.it](mailto:ccv@asugi.sanita.fvg.it) – [donatella.radini@asugi.sanita.fvg.it](mailto:donatella.radini@asugi.sanita.fvg.it)  
Medico responsabile: dr. Andrea Di Lenarda  
Medici referenti: Dr.ssa Arianna Ius – Dr. Luca Mengozzi**

**SCHEDA ANAMNESTICA DELL'ATLETA**

(da compilare a cura dell'atleta o di uno dei genitori per i minori di anni 18)

(Atleta) Cognome: ..... Nome: ..... Data di nascita .../.../.....  
Cell.(genitore se minorenni): ..... Email:.....  
Attività di studio/lavoro: .....

**ANAMNESI SPORTIVA**

Prima visita     Rinnovo    È stato dichiarato NON IDONEO in visite precedenti?    NO     SI

Sport per il quale è richiesta la visita: .....	Da quanti anni pratica questo sport? . . . .
Società: .....	Quante ore dedica alla settimana? . . . . .

Pratica altri sport? Se **si**, quali e quante ore alla settimana vi dedica? .....  
Sport praticati in passato: .....

**ANAMNESI FAMILIARE**

barrare le caselle in caso di parente affetto (padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni) e specificare il parente che soffre o abbia sofferto di:

Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Morte improvvisa	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Mal. Tiroidee	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Mal. Polmonari	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Cardiomiopatie	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Celiachia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Ipertensione	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Ictus/Mal. Neurologiche	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Colesterolo alto	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Tumori	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Obesità	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Asma/Allergie	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Malattie genetiche	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		

Note .....

**ANAMNESI FISIOLOGICA**

barrare le caselle e compilare dove necessario

È nato da parto naturale e a termine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> note .....
Allattamento al seno	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Vaccinazione antitetanica	NON SO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ultimo richiamo: .....
Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> Se <b>si</b> , quali .....
Ha eseguito esami del sangue nell'ultimo anno?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Se sì, erano presenti alterazioni? NO  SI  Se **sì**, quali .....

Dieta	Varia <input type="checkbox"/>	Vegana <input type="checkbox"/>	Vegetariana <input type="checkbox"/>	Speciale <input type="checkbox"/>	.....
Fumo		NO <input type="checkbox"/>	EX <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Quante sigarette al giorno e da quanto tempo.....
Beve alcolici		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	quanto?
Beve caffè/the/coca-cola		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	quanto?
Età prima mestruazione .....	anni		Data ultima	mestruazione .....	/ ..... / .....
Anomalie del ciclo mestruale		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	note .....
Gravidanze		NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/>	

### ANAMNESI PATOLOGICA

Attualmente ha problemi di salute? NO  SI

Ha sempre goduto di buona salute? NO  SI

**Ha sofferto / Soffre di:**

Allergie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Diabete mellito	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Colesterolo elevato	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Altre mal. respiratorie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie gastro-intestinali	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Otiti/Sinusiti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie del fegato/vie biliari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Anemia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie dei reni/vie urinarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Epilessia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie muscolo-scheletriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Svenimenti	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie neurologiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie di cuore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie tiroidee	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Palpitazioni	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Altre malattie endocrine	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Dolore toracico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Neoplasie (Tumori)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Vertigini	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Malattie psichiatriche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Malattie oculari	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Alterazioni alvo/diuresi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Pressione elevata	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Disturbi del sonno	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

Note:.....  
.....

Ha subito: **ricoveri** ospedalieri? NO  SI  **interventi chirurgici?** NO  SI

Se **sì**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età: .....

Ha subito fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici o altri infortuni NO  SI

Se **sì**, indicare tipo di lesione ed età: .....

Usa plantari/talloniere NO  SI  motivo: .....

Usa occhiali/lenti a contatto NO  SI  motivo: .....

Io sottoscritto dichiaro che tutti i dati personali ed anamnestici nella fase preliminare della visita, inerenti a patologie acute o croniche passate e presenti sono veri e riferiti dallo stesso o se minore accompagnato, dall'accompagnatore responsabile (ove necessario supportati da documentazione sanitaria accessoria), senza errori od omissioni che possano compromettere od ingannare il giudizio medico, di essere a conoscenza che alcol e fumo danneggiano la salute. Delego i dirigenti preposti della società o federazione sportiva di appartenenza al ritiro del mio certificato di idoneità.

Luogo e data.....

Firma del dichiarante.....

Se minore: Il genitore.....

Legale rappresentante .....

Tutore .....

Esercente la potestà genitoriale .....