

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
 COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. IPA AUV
 Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809
 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it
 www.aulss8.veneto.it

FOGLIO ANAMNESTICO (Allegato B)

COGNOME e NOME dell'ATLETA NATO IL/...../.....

1) Notizie riguardanti la FAMIGLIA dell'atleta (genitori, fratelli, sorelle, nonni, zii, anche se defunti o in età avanzata)

Segnare "X" su **SI** + **INDICARE CHI** (familiare che soffre/ha sofferto di quella malattia) oppure su **NO** (nessun familiare con quella malattia)

MALATTIA	SÌ	NO	Chi?	MALATTIA	SÌ	NO	Chi?
Malattia di cuore (Infarto, Angina, Aritmie, Cardiomiopatia, Valvulopatia, etc.)				Morte Improvvisa (in particolare prima dei 40 aa)			
Ipertensione				Ictus cerebrale e/o vasculopatie			
Diabete				Asma/allergie			
Dislipidemia (ex. Colesterolo alto)				Malattie della tiroide			
Altro (Ex. Tumori, Malattie genetiche, etc.)							

2) Notizie riguardanti l'ATLETA

Segnare con "X" su **SI** se è presente la malattia di cui l'ATLETA soffre/ha sofferto, oppure su **NO** se non presente

Malattie dell'Infanzia	si	no	Bronco/polmonite	si	no	Scapole alate	si	no
Enuresi (urina a letto)	si	no	Pleurite/TBC	si	no	Lussazione anca	si	no
Asma/allergia/eczema	si	no	Otite/sinusite/tonsillite	si	no	Piede piatto/cavo	si	no
Malattie di cuore	si	no	Epatite virale	si	no	Trauma cranico	si	no
Diabete	si	no	Malattie renali	si	no	Traumi sportivi/Fratture	si	no
Dislipidemia (ex. colesterolo alto)	si	no	Febbre reumatica	si	no	Scoliosi/dorso curvo	si	no
Ipertensione	si	no	Malattie della tiroide	si	no	Epilessia/convulsioni	si	no

L'Atleta si è mai sottoposto ad **INTERVENTO CHIRURGICO**? (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...

Se **sì**, **QUALE/I**?

L'Atleta assume **FARMACI/INTEGRATORI**? (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...

Se **sì**, **QUALE/I**?

Il sottoscritto genitore di dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

DATA

FIRMA

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfini n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. IPA AUV
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809
Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

-L'Atleta utilizza... **BUSTO/PLANTARI/GINNASTICA CORRETTIVA?** (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...
Se **si**, per quale motivo (ex. scoliosi, etc.)?

OCCHIALI/LENTI A CONTATTO? (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...
Se **si**, per (ex. miopia, astigmatismo, etc.)?

-L'Atleta è un **FUMATORE?** (Segnare con "X") **SI** (n° sigarette al giorno:) /**NO** / **EX-FUMATORE**

L'Atleta:

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento o sincope)?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto dolore al torace o senso di costrizione/pressione al torace?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto capogiri o vertigini?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto difficoltà respiratoria, fischi o tosse?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no
Hai mai avuto palpitazioni, cardiopalmo o battito irregolare?	Durante sforzo fisico	si no
	Dopo sforzo fisico	si no
	Non correlato allo sforzo fisico	si no

-L'Atleta è **SEMPRE RISULTATO IDONEO ALLE VISITE MEDICO-SPORTIVE?** (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...

-L'Atleta ha mai effettuato **ACCERTAMENTI CARDIOLOGICI (ecografia, ECG-Holter, etc.)?** (Segnare con "X") **SI** ... /**NO** ...
Se **si**, quale/i **ACCERTAMENTO/I** ha dovuto eseguire e **QUANDO?**1).....
2).....
3).....
Altro.....

-Quante **ORE alla SETTIMANA** si **allena** l'atleta (**partite** comprese)? _____ ore/settimana

-Solo per le **ATLETE** (Segnare con "X"):

- Menarca: **SI** ... (età:anni) /**NO** ...
- Ciclo regolare: **SI** ... /**NO** ...
- Data ultime mestruazioni:/...../.....

Il sottoscritto genitore di dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere e consente all'uso dei dati personali secondo l'Art. n.23 D. Lgs 196/03.

DATA

FIRMA