

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Si prega di compilare in ogni sua parte perché il documento ha *validità medico – legale*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Che tipo di sport pratica? \_\_\_\_\_ Quanti allenamenti a settimana? \_\_\_\_\_

### DOMANDE RELATIVE AI FAMILIARI:

**Eventuali malattie dei parenti** Malattie cardiache, Ipertensione, Diabete, Patologie tumorali, altro?

no  sì se sì, indicare la malattia \_\_\_\_\_

In famiglia ci sono stati casi di **morte CARDIACA IMPROVVISA** in giovane età? (< 60 anni)  no  sì

### ANAMNESI PERSONALE DEL PAZIENTE:

Ha GIA' effettuato una visita con elettrocardiogramma /medico sportiva?  no  sì

*Durante visite precedenti è mai stato sospeso o le sono mai stati richiesti eventuali accertamenti cardiologici? (ecocolordoppler cardiaco; holter; test da sforzo massimale e/o altri)*  no  sì  
se sì, quali e per quale motivo? \_\_\_\_\_

Fumo:  no  sì se sì: quanto \_\_\_\_\_ Alcool:  no  sì se sì: quanto \_\_\_\_\_

### Soffre di una o più di queste patologie?

Cardiache:  no  sì se sì, quale? \_\_\_\_\_

Ipertensione:  no  sì

Diabete:  no  sì

Respiratorie:  no  sì se sì, quale? \_\_\_\_\_

Ortopediche:  no  sì se sì, quale? \_\_\_\_\_

Allergie:  no  sì se sì, a cosa? \_\_\_\_\_

Altre malattie:  no  sì se sì, quali? \_\_\_\_\_

È stato sottoposto ad uno o più interventi chirurgici?  no  sì  quali? \_\_\_\_\_

### Ha mai subito Infortuni o traumi importanti ? :

Fratture  no  sì se sì quali? \_\_\_\_\_

Traumi cranici  no  sì se sì quando? \_\_\_\_\_

Svenimenti  no  sì se sì durante attività fisica?  no  sì

Assume dei medicinali?  no  sì se sì, quali? \_\_\_\_\_

**DONNE:** età primo ciclo mestruale \_\_\_\_\_ data ultimo ciclo: \_\_\_\_\_

### ANAMNESI RELATIVA A COVID-19 - IL PAZIENTE DICHIARA:

- Ha avuto diagnosi **accertata** di infezione da Covid-19?  no  sì SE SI QUANDO? \_\_\_\_\_

- Ha avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia?)  no  sì SE SI QUANDO? \_\_\_\_\_

- Ha avuto contatti a rischio con persone affette da coronavirus nelle ultime 2 settimane (familiari, luogo di lavoro, ecc) ?  no  sì SE SI QUANDO? \_\_\_\_\_

**Dichiaro** di avere letto il documento, parte integrante del protocollo per la ripresa dell'attività sportiva agonistica post-Covid, relativo all'**obbligo di comunicazione** in caso di infezione da Covid-19 durante il periodo di validità della visita medico sportiva agonistica.

FIRMA: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ . Introbio, il \_\_\_\_\_