OLOMED

Gruppo Policlinico Città di Udine

SCHEDA ANAMNESTICA CERTIFICATO

AGONISTICO	NON AGONISTICO

Cognome: _____ Nome: _____ Data di Nascita: ____/____/_____

Città di nascita: _____ Indirizzo _____

Città _____ Tel. _____

Sport:_____Società_____Ore/Settimana:_____

Hai già eseguito altre visite per il rilascio del certificato? NO ☐ SI ☐ ANNO ULTIMA VISITA _____

Sei mai stato dichiarato SOSPESO o NON IDONEO alle visite precedenti? NO ☐ SI ☐ MOTIVO _____

A. ANAMNESI FAMILIARE

C'è qualcuno in famiglia (genitori, fratelli, sorelle o nonni) che soffra o abbia sofferto di:

Cardiopatie NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Diabete NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____

Morte improvvisa NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Mal. Tiroidee/Endocrine NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____

Infarto cardiaco NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Mal. Polmonari NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____

Ipertensione NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Tumori NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____

Colesterolo alto NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Asma/Allergie NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____

Obesità NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____ Mal. Neurologiche NO ☐ SI ☐ Chi/Età? _____

Qualche familiare è morto improvvisamente prima dei 50 anni? NO ☐ SI ☐ Chi/Età/Causa: _____

B. ANAMNESI PERSONALE FISIOLOGICA

Peso (kg) _____ Statura (cm) _____ Porta occhiali da vista o lenti correttive? NO ☐ SI ☐

Fuma NO ☐ EX ☐ SI ☐ Se **sì**, quante sigarette/giorno e da quanto tempo _____

Beve caffeina (caffè/the/coca-cola/energy drinks) NO ☐ SI ☐ quanto? _____

Vaccinazione antitetanica: NO ☐ NON SO ☐ SI ☐ eseguita in data _____

Età prima mestruazione _____ Data ultima mestruazione _____ Gravidanze e/o aborti _____

Assume farmaci e/o integratori NO ☐ SI ☐ Se **sì**, quali _____

Ultimi esami del sangue: _____ Normali ☐ Alterati: ☐ _____

C. ANAMNESI PERSONALE PATOLOGICA

Allergie o Asma	NO ☐	SI ☐	Malattie del fegato/vie biliari	NO ☐	SI ☐
Altre mal. respiratorie	NO ☐	SI ☐	Malattie neurologiche	NO ☐	SI ☐
Anemia	NO ☐	SI ☐	Malattie tiroidee	NO ☐	SI ☐
Epilessia	NO ☐	SI ☐	Altre malattie endocrine	NO ☐	SI ☐
Svenimenti	**NO** ☐	**SI** ☐	Neoplasie (Tumori)	NO ☐	SI ☐
Malattie di cuore	**NO** ☐	**SI** ☐	Malattie psichiatriche	NO ☐	SI ☐
Pressione elevata	**NO** ☐	**SI** ☐	Malattie dei reni/vie urinarie	NO ☐	SI ☐
Diabete mellito	**NO** ☐	**SI** ☐	**Colesterolo elevato**	**NO** ☐	**SI** ☐
Palpitazioni o Dolore Toracico	**NO** ☐	**SI** ☐	Altro _____		

Ha subito: ricoveri ospedalieri NO ☐ SI ☐ interventi chirurgici o fratture? NO ☐ SI ☐

Se **si**, indicare motivo del ricovero e/o tipo di intervento ed età _____

D. DICHIARAZIONE DI VERIDICITÀ DEI DATI ANAMNESTICI

- Dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche
- Dichiaro di aver risposto completamente ed in modo veritiero al questionario anamnestico

Luogo e Data

Firma del dichiarante se maggiorenne
(o genitore o esercente patria podestà se minorenne)

Manzano, lì ____/____/_____ _____