

**Modulo anamnestico per atleti minorenni da compilare e firmare da parte di un genitore o di un suo legale rappresentante,**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

Società sportiva \_\_\_\_\_ sport praticato \_\_\_\_\_

- C'è qualche membro della sua famiglia (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini) che è affetto da: Diabete – Ipertensione – Ipercolesterolemia – Malattie cardiovascolari o altre malattie importanti?

SI  NO

QUALI? \_\_\_\_\_

- C'è qualche membro della sua famiglia che è deceduto prima de 50 anni, oppure improvvisamente? (se si, specificare la causa e il grado di parentela)

SI  NO

- 
- E' nato da parto normale, a termine dei 9 mesi? ( se no, specificare) \_\_\_\_\_

SI  NO

- Fuma? (se si, quante sigarette \_\_\_\_\_)

SI  NO

- Beve caffè? (se si, quanti \_\_\_\_\_)

SI  NO

- Beve alcolici? (se si, abitualmente o saltuariamente)

SI  NO

- E' mai stato ricoverato in ospedale? ( se si, per quale motivo \_\_\_\_\_)

SI  NO

- Ha mai subito interventi chirurgici? (se si, quali \_\_\_\_\_)

SI  NO

- Le hanno mai trovato soffi al cuore o altre anomalie cardiache? (se si, quali? \_\_\_\_\_)

SI  NO

- Ha mai sofferto di vertigini, palpitazioni, svenimenti, dolori al torace?  
(se si, specificare quali e la causa\_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ ) SI NO
- Ha sofferto di frequenti tonsilliti? SI NO
- Ha sofferto di frequenti otiti? SI NO
- E' allergico a qualche sostanza?  
(se si, a quali sostanze\_\_\_\_\_ ) SI NO
- Ha mai sofferto d'asma? SI NO
- Ha mai sofferto di malattie del sistema nervoso  
(convulsioni,epilessia, depressione, ansia)?  
Specificare quali\_\_\_\_\_ ) SI NO
- Ha mai riportato gravi infortuni dell'apparato muscolo-scheletrico?  
Es. fratture, rotture, legamenti, lussazioni, ecc.  
(se si, quali\_\_\_\_\_ ) SI NO
- Negli ultimi mesi ha avuto qualche malattia?  
( se si, quale?\_\_\_\_\_ ) SI NO
- Le hanno mai trovato negli esami del sangue il colesterolo, la glicemia o altri valori alterati?  
(se si, quali?\_\_\_\_\_ ) SI NO
- Ha mai avuto disturbi durante l'attività fisica?  
( se si, quali?\_\_\_\_\_ ) SI NO

Il sottoscritto dichiara di avere informato esattamente il medico, delle sue attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, di non far uso di droghe o sostanze illegali e di essere informato sui pericoli del fumo e dell'alcool.

Data\_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)\*  
\_\_\_\_\_

\*specificare il grado di parentela con il minore\_\_\_\_\_