

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 – Iperensione – 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_____