



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Dipartimento di Scienze Mediche
Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport
Laboratorio di Fisiologia degli Sport, Via Porcell 4 Cagliari, Tel.0706758923-8937
Det. Reg. 831 del 14/06/2005 - Accr. Reg.N.0006374 del 18/03/2008

FOGLIO ANAMNESTICO

NOME _____
COGNOME _____
Nato a _____ () il ____ / ____ / ____ Residente a _____ ()
Via/ P.zza _____ Tel _____
Sport per cui è richiesta la visita _____ Società sportiva _____

ANAMNESI FAMILIARE

Cardiopatie congenite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cardiopatia ischemica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Morti improvvise giovanili	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabete Mellito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asma	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Altro _____

ANAMNESI PERSONALE

Coniugato/a	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diabete Mellito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Servizio militare	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cardiopatie congenite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fumo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cardiopatia ischemica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alcool	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Caffè	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Asma	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Prole	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Convulsioni	đ No đ febbrili đ epilessia	
Terapie praticate	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Interventi chirurgici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

Traumi e/o infortuni _____

Altro _____

DICHIARO DI AVER RESEO INFORMAZIONI VERE ED ESATTE AL MEDICO, DI NON AVER OMESSO INFORMAZIONI IMPORTANTI RIGUARDANTI IL MIO STATO DI SALUTE E DI NON ESSERE MAI STATO GIUDICATO INIDONEO IN PRECEDENTI VISITE DI IDONEITA' ALLO SPORT

Data _____

.....
(Firma dell'atleta o del genitore se minorenne)