

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
se 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 mestruale: _____

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 aver 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

Lecco, il _____

Firma _____