DOTT. CAPPUCCIO FRANCESCO

Spec. Medicina dello Sport

Perf. Scienza dell'Alimentazione, Ipertensione Arteriosa

Socio FMSI N° 13254

**Questionario Anamnestico – VISITA NON AGONISTICA**

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande riempiendo o barrando le caselle delle varie domande e firmando alla fine delle domande. Si prega di scrivere in stampatello.

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Sesso Femmina  Maschio 

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual è lo sport principale che pratica?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quanti giorni alla settimana si allena?\_\_\_\_\_



Ha mai fatto una visita dal Medico dello Sport?

Durante le precedenti visite di idoneità sportive le è mai stato richiesto qualche esame supplementare, o ha effettuato ulteriori accertamenti cardiologici?

Se sì, quale?

 Ecocuore  Holter Cardiaco  Test Ergometrico massimale/Cicloergometro

 Holter Pressorio  Visita Aritmologica  Visita Cardiologia  Esami ematici

Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se sì, per quale motivo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se **femmina**, età inizio mestruazioni\_\_\_\_\_\_ Il ciclo è regolare irregolare

In **Famiglia** (genitori, fratelli, sorelle o nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:

cardiopatia ipertensione arteriosa diabete tiroide ictus asma bronchiale

altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Qualcuno è deceduto per **morte cardiaca improvvisa**

Se sì, per quali cause:  infarto  ictus  altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha sofferto o soffre delle seguenti **malattie**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | allergie |  | diabete |  | epilessia |  | mal. reumatiche |
|  | rinocongiuntivite |  | epatite virale |  | ansia |  | pubalgia |
|  | asma bronchiale |  | anemia |  | depressione |  | scoliosi |
|  | bronchiti asmatiche |  | mononucleosi inf |  | cefalea/emicrania |  | ulcera gastro-duod |
|  | pneumotorace |  | scarlattina |  | convulsioni febbrili |  | emorroidi |
|  | polmonite |  | obesità |  | psoriasi |  | ragadi anali |
|  | broncopolmonite |  | sottopeso |  | ipotiroidismo |  | Morbo di Chron |
|  | fibrosi cistica |  | anomalie pubertà |  | ipertiroidismo |  | colite ulcerosa |
|  | perdita di coscienza |  | deficit staturale |  | cardiopatia |  | aritmie |
|  | palpitazioni |  | battiti irregolari |  | soffi cardiaci |  | calcolosi renale |
|  | nefropatia da IgA |  | svenimenti |  | pleurite |  | peritonite |
|  | Insufficienza Renale cronica |  | Ipertensione arteriosa |  | Reflusso Gastro-Esofageo |  | preeccitazione ventricolare WPW |

altre malattie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha subito **interventi chirurgici**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | tonsillectomia |  | adenoidectomia |  | appendicectomia |  | safenectomia |
|  | meniscectomia |  | colecistectomia |  | fibroma uterino |  | varicocele |
|  | testicolo ritenuto |  | torsione testicolo |  | idrocele |  | fimosi |
|  | mastectomia |  | protesi ginocchio |  | protesi anca |  | stent coronarici |
|  | fistola sacro-coccigea |  | ablazione cardiaca |  | chiusura DIA/DIV |  | tiroidectomia |
|  | Ernioplastica inguinale |  | Ricostruzione leg. Crociato anteriore |  | Raschiamento uterino |  | Resezione intestinale |

Osteosintesi per frattura di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altre operazioni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assume abitualmente **Farmaci** per:

 diabete  pressione alta  colesterolo/trigliceridi alti  antinfiammatori

 antistaminici/antiallergici  antiasmatici  anticoncezionale  antiepilettici

 per patologie della tiroide  ansia/depressione  antiemicranici



Ha mai avuto **traumi cranici** **commotivi**

Ha mai avuto **fratture** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **CONSENSO INFORMATO** |

**DICHIARAZIONE**:

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore / tutor / delegato dell'atleta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere.

Dichiara di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti e di NON essere stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite medico sportive di legge.

Dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva non agonistica e dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità

Esprimo inoltre ai sensi della legge sulla privacy numero 675/96 e 196/2003, il consenso a trattare i miei dati personali e sensibili, per la finalità connessa alla mia richiesta di IDONEITA’ alla pratica sportiva NON AGONISTICA, secondo le modalità di cui alla specifica normativa in materia.

Autorizzo il Dott. Cappuccio Francesco a richiedere presso altre strutture sanitarie o medici, anche per via telefonica, ogni informazione utile per la valutazione dei fattori di rischio connessi all'attività sportiva praticata.

Autorizzo il Dott. Cappuccio Francesco ad informare di eventuali rilievi patologici le seguenti persone:

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso Kg |  | Altezza cm |  | Pressione mmHg |  | Saturazione |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apparato Cardiocircolatorio | **nella norma** | reperti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apparato  Respiratorio | **nella norma** | reperti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Altro | **nella norma** | reperti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ECG Basale | **nei limiti della norma** | reperti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ECG dopo o sotto sforzo | **negativo per ischemia e/o aritmie** | reperti |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eventuali esami supplementari | Esame | reperti |

|  |  |
| --- | --- |
| Rilievi aggiuntivi |  |

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_