



Fisio Medical center
Via Alberelle 84 - 20089 Rozzano
Tel. 0289202291 - Mail: info@fisio-medicalcenter.it
www.fisio-medicalcenter.it

QUESTIONARIO ANAMNESTICO (Si prega di compilare in ogni sua parte con la massima attenzione per la validità medico legale di questo documento)

NOME E COGNOME: _____

Luogo e data di nascita: _____

Residenza (via e città): _____

Codice Fiscale: _____ Tel.: _____

Mail: _____

Attività fisica/sport praticati: _____

1. In famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono stati casi di:
 Ipertensione arteriosa Diabete
 Malattie cardiovascolari **Morte improvvisa**
2. L'atleta è nato al termine dei 9 mesi di gravidanza:
 sì no
3. Attualmente l'atleta fuma:
 no sì (se sì, quante sigarette al giorno (_____))
4. Attualmente l'atleta beve alcolici:
 mai occasionalmente spesso
5. (Donne) Il ciclo mestruale è:
 regolare irregolare non ancora mestrata menopausa
6. L'atleta è allergico:
 no sì a cosa: _____
7. L'atleta soffre di asma:
 no sì
8. L'atleta è stato ricoverato in ospedale:
 no sì
Per malattie, quali? _____
Per interventi chirurgici, quali? _____
9. L'atleta soffre di qualche malattia cronica:
 no sì
Se sì quali? _____

10. L'atleta ha subito infortuni:
 no sì Quali?: _____
11. L'atleta ha subito traumi cranici con perdita di coscienza:
 no sì
12. L'atleta assume regolarmente farmaci:
 no sì
Quali?: _____
13. **Disturbi soggettivi da segnalare durante o dopo l'attività sportiva:**
(dolore toracico, palpitazioni, respiro difficoltoso, capogiri, svenimenti)
 no sì
Se sì quali: _____
14. il paziente ha mai effettuato un elettrocardiogramma o una visita medico sportiva prima della data odierna?
 no sì Quando l'ultimo? _____
15. Ha mai effettuato nel corso della sua vita esami strumentali cardiologici (ad esempio ecocardiogramma, Holter ECG, test da sforzo massimale, coronarografia, scintigrafia)?
 no sì
Quali esami? _____

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle malattie precedenti ed attuali

Data: _____ Firma del dichiarante (o del tutore se minore)

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO PER IL CONSEGUIMENTO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA (AGONISTICA O NON AGONISTICA)

Da compilare solo in caso il paziente effettui la visita con esame da sforzo

Il test da sforzo è effettuato per acquisire informazioni elettrocardiografiche necessarie ad esprimere il giudizio di idoneità all'attività sportiva o per procedere alla richiesta di ulteriori accertamenti. Durante il test viene provocato normalmente un aumento anche importante del numero dei battiti cardiaci ed un aumento della pressione arteriosa; pertanto il test può esporre l'interessato, se affetto da patologie cardiorespiratorie, a gravi complicanze. Il test viene interrotto a giudizio del Medico o a richiesta esplicita del paziente. È estremamente importante che il paziente comunichi ogni eventuale sintomo.

Data: _____ Firma del dichiarante (o tutore se minore)



**INFORMATIVA RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL "REG. UE N. 2016/679
DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016
RELATIVO ALLA PROTEZIONE DELLE PERSONE FISICHE CON RIGUARDO
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, NONCHÉ ALLA LIBERA
CIRCOLAZIONE DI TALI DATI"**

L'acquisizione e il trattamento di dati personali identificativi e particolari da Lei forniti per mezzo del presente modulo, sono legittimati dal consenso da Lei espresso a seguito della visione e comprensione dell'Informativa estesa all'atto della Sua registrazione presso FMC, per usufruire dei servizi erogati. Tale informativa estesa e i consensi da Lei espressi sono disponibili presso la sede di FMC.

Da Compilare a cura del medico

VISITA

Peso: kg

Visus OD: _____/10 OS _____ OS

Esame Obiettivo:

Apparato locomotore: _____

Torace: _____

Cuore: _____

Addome: _____

PA: _____ mmHg

ECG: _____

Conclusioni: _____