

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Servizio di Medicina dello Sport e Riabilitazione Ortopedica

Direttore Responsabile: Dott. Roberto Filippini

Via S. Marco, 121 - VERONA - Tel. 045.601.36.00 - Fax 045.601.39.88 - E-mail medicina.sport@sacrocuore.it

Data _____

ANAMNESI FAMILIARE

**MORTE IMPROVVISA PER MALATTIA
CARDIOVASCOLARE** NO SÌ

quale familiare: _____

età decesso: _____

MALATTIE DEL CUORE (cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, Sindrome del QT lungo/corto, S. di Brugada) NO SÌ

quale familiare: _____

INFARTO CARDIACO NO SÌ

quale familiare: _____

a quale età: _____

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO SÌ

quale familiare: _____

DISLIPIDEMIA (valori di colesterolo e/o trigliceridi elevati) NO SÌ

quale familiare: _____

DIABETE NO SÌ

quale familiare: _____

Altro _____

ANAMNESI DELL'ATLETA

EPILESSIA NO SÌ

DIABETE NO SÌ

ASMA BRONCHIALE NO SÌ

ALLERGIE NO SÌ

MALATTIE CARDIACHE NO SÌ

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO SÌ

DISLIPIDEMIA NO SÌ

FUMO NO SÌ

ALTRE MALATTIE NO SÌ

quali: _____

USO ABITUALE DI FARMACI NO SÌ

quali: _____

PATOLOGIE IN ATTO NO SÌ

quali: _____

TRAUMI CRANICI E FRATTURE NO SÌ

se Sì: _____

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI NO SÌ

se Sì: _____

Altro _____

Il sottoscritto _____

dichiara di aver informato il medico visitatore riguardo le proprie condizioni psico-fisiche in modo esatto.

NEGA SINTOMI DI ORIGINE CARDIOVASCOLARE COME: DOLORE TORACICO, CARDIOPALMO, EPISODI SINCOPALI O LIPOTIMICI.

Sottoscrive di non essere MAI stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite mediche-sportive e di aver ben compreso il significato delle domande formulate.

Firma dell'atleta maggiorenne o di chi ne fa le veci _____