

# STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA DI DR. LUIGI COLLARINI

---

Questo questionario è utile al medico che visita per ricevere notizie precise in merito alla salute dell'interessato ed ha inoltre valore legale. Deve perciò essere compilato con cura e firmato dai genitori o dal tutore legale se l'atleta è minorenni, dall'atleta stesso se maggiorenne.

In caso di mancata compilazione e firma di codesto questionario non sarà possibile rilasciare il certificato di idoneità alla pratica agonistica.

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**ETA'** \_\_\_\_\_

## **Anamensi Familiare**

I genitori sono entrambi viventi? SI NO

Se NO indicare la causa di morte e l'età del decesso \_\_\_\_\_

---

In famiglia (genitori, fratelli, cugini, zii, nonni) ci sono stati casi di:

ICTUS SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

IPERTENSIONE ARTERIOSA SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

INFARTO SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

MALFORMAZIONI CARDIACHE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

ARITMIE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

DIABETE SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

MORTE IMPROVVISA SI NO se si indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

## **Anamnesi Fisiologica**

L'atleta è nato con parto naturale o cesareo? \_\_\_\_\_

L'atleta ha avuto uno sviluppo psico-fisico normale SI NO

se NO indicare i problemi riscontrati \_\_\_\_\_

L'atleta fuma? SI NO

se SI quante sigarette al giorno \_\_\_\_\_

L'atleta consuma abitualmente alcolici o superalcolici? SI NO

Se SI con quale frequenza \_\_\_\_\_

## **Se l'atleta è di sesso femminile**

Menarca (età prima mestruazione) \_\_\_\_\_ Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_

---

**STUDIO PROFESSIONALE DI MEDICINA SPORTIVA  
DI DR. LUIGI COLLARINI**

---

L'atleta assume la pillola anticoncezionale? SI                      NO

**Anamensi Patologica**

L'atleta soffre o ha sofferto di:

|                                  |    |    |                   |
|----------------------------------|----|----|-------------------|
| MALATTIE CARDIACHE               | SI | NO | SE SI QUALI _____ |
| MALATTIE RESPIRATORIE            | SI | NO | SE SI QUALI _____ |
| MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE | SI | NO | SE SI QUALI _____ |
| MALATTIE RENALI                  | SI | NO | SE SI QUALI _____ |
| MALATTIE NEUROLOGICHE            | SI | NO | SE SI QUALI _____ |
| MALATTIE ORTOPEDICHE             | SI | NO | SE SI QUALI _____ |
| ALLERGIE                         | SI | NO | SE SI QUALI _____ |
| ALTRE MALATTIE                   | SI | NO | SE SI QUALI _____ |

L'atleta è stato sottoposto ad interventi chirurgici? SI                      NO

se SI quali \_\_\_\_\_

Ha subito infortuni (fratture, distorsioni, traumi cranici)? SI                      NO

se SI quali \_\_\_\_\_

L'atleta assume farmaci? SI                      NO

se SI quali \_\_\_\_\_

per quale patologia \_\_\_\_\_

L'atleta ha mai avuto palpitazioni o svenimenti improvvisi? SI                      NO

E durante l'attività sportiva? SI                      NO

L'atleta ha dovuto sospendere l'attività sportiva per motivi di salute SI                      NO

se SI per quale motivo \_\_\_\_\_

**Firma dell'atleta se maggiorenne o del genitore/tutore** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Recapito Telefonico** \_\_\_\_\_