

## SCHEDA CLINICA DI ANAMNESI MEDICA SPORTIVA

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Ha mai sofferto di disturbi Cardiaci?  SI  NO

Se si, specificare.....

È mai stato sottoposto ad interventi chirurgici?  SI  NO

Se si, specificare.....

Ha problemi muscolo-scheletrici?  SI  NO

Se si, specificare.....

Attualmente fa uso di farmaci?  SI  NO

Se si, specificare.....

È diabetico?  SI  NO

È asmatico?  SI  NO

È in regola con le vaccinazioni antitetaniche?  SI  NO

È risultato positivo al Covid-19?  SI  NO

In caso positivo, è stato ricoverato?  SI  NO

Fa uso di tabacco?  SI  NO

Fa uso di alcool? (più di 1/2 litro al dì)  SI  NO

Conosce i valori della sua pressione arteriosa?  NO  
 SI, superiori a 140/90 mmHg  
 SI, inferiori a 140/90 mmHg

Un parente stretto (padre, madre, fratelli, nonni) ha avuto:  
- un attacco cardiaco prima dei 50 anni?  SI  NO  
- episodi di aritmie cardiache?  SI  NO  
- altre patologie cardiache?  SI  NO

Ha mai avuto svenimenti durante uno sforzo?  SI  NO

Prova dolore al torace durante uno sforzo?  SI  NO

Prova affanno o mancanza d'aria senza un apparente motivo?  SI  NO

Prova vertigine o annebbiamento della vista durante uno sforzo?  SI  NO

Dichiaro inoltre di non essere mai stato giudicato NON IDONEO in altre strutture e di non avere pratiche aperte presso ULSS o strutture private.

Letto confermato e sottoscritto

FIRMA DEL PAZIENTE (o del genitore se minorenni)

Schio, Data \_\_\_\_\_

x \_\_\_\_\_

### CENTRO MEDICO MET S.R.L.

Via L. Muratori 1/A – 36015 Schio (VI)

Tel. 0445.1631944 – Cell. 351.551 1997 | E-Mail: [info@centromedicomet.it](mailto:info@centromedicomet.it)

C.F e P.IVA 04382740241

Direttore Sanitario: Dott. Alberto Malaguti

Aut. San. N. ASA/0013/2022