



# MEDICINA DELLO SPORT

CENTRO DON ORIONE  
BERGAMO

Via Don Luigi Orione n. 6 – 24124 Bergamo

Telefono 035 348 111 (TASTO 6)

Prenotazioni WhatsApp 338 2364997

Direzione 035 348 539

Mail [medicina.sport@donorione.bg.it](mailto:medicina.sport@donorione.bg.it)

PEC [medicina.sport@pec.donorione.bg.it](mailto:medicina.sport@pec.donorione.bg.it)

## MODULO ANAMNESTICO

COGNOME E NOME (ATLETA) \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

### ANAMNESI FAMILIARE

*Indicare casi di familiari (genitori, fratelli, nonni) affetti dalle seguenti malattie o deceduti a causa delle stesse*

DIABETE  \_\_\_\_\_

IPERTENSIONE ARTERIOSA  \_\_\_\_\_

INFARTO o MALATTIA CARDIACHE  \_\_\_\_\_

MORTE IMPROVVISA < 40 ANNI  \_\_\_\_\_

### ANAMNESI PERSONALE

ALCOLICI  Astemio  Occasionale  Bevitore  Ex-bevitore

FUMO  No  Sì Se sì numero di sigarette al giorno \_\_\_\_\_

FARMACI  No  Sì Se sì quali \_\_\_\_\_

Per **DONNE** Menarca ad anni \_\_\_\_\_ Data ultima mestruazione \_\_\_\_\_

Soffre o ha sofferto di malattie come:

DIABETE NO  SI

EPILESSIA o MALATTIE NEUROLOGICHE NO  SI

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO  SI

MALATTIE CARDIACHE NO  SI  Se sì quali \_\_\_\_\_

INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI \_\_\_\_\_

FRATTURE O INFORTUNI RILEVANTI \_\_\_\_\_

ALTRO DA SEGNALARE (allergie, ...) \_\_\_\_\_

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico correttamente delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, di non avere in corso sospensioni o di non essere in attesa di giudizio da parte di un altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DELL'INTERESSATO/A \_\_\_\_\_

per i minori firma del Rappresentante Legale