CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT DON ORIONE BERGAMO	MODELLO MMS03	REV. 1 Del 10/12/2018	Pag. 1 di 1
MODULO ANAMNESTICO			

IL SOTTOSCRITTO (DATI ATLETA) ……

NATO A …… **IL** ……

RESIDENTE A …… **PROV** ……

IN VIA …… **N.** …… **RECAPITO TELEFONICO** ……

ANAMNESI FAMILIARE (genitori, fratelli, nonni)

DIABETE ☐

IPERTENSIONE ARTERIOSA ☐

CARDIOPATIA ISCHEMIA AD INFARTO ☐

ASMA ☐

ALTRO …… ☐

ANAMNESI FISIOLOGICA

FUMO **NO** ☐ **MENO DI 5** ☐ **PIU' DI 10** ☐

ALCOLICI **NO** ☐ **SALTUARIAMENTE** ☐ **FREQUENTEMENTE** ☐

FARMACI **NO** ☐ **SI** ☐ **Se sì quali** ……

Per le donne: Menarca ad anni …….. Data ultima mestruazione ……

ANAMNESI PATOLOGICA

Soffre o ha sofferto di malattie come:

DIABETE **NO** ☐ **SI** ☐

MALATTIE NEUROLOGICHE O EPILESSIA **NO** ☐ **SI** ☐

IPERTENSIONE ARTERIOSA **NO** ☐ **SI** ☐

MALATTIE CARDIACHE **NO** ☐ **SI** ☐

ARITMIE CARDIACHE **NO** ☐ **SI** ☐

INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI ……

INFORTUNI RILEVANTI O FRATTURE ……

ALTRO DA SEGNALARE ……

PORTA OCCHIALI DA VISTA E/O LENTI A CONTATTO **NO** ☐ **SI** ☐

Tale dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso abbia meno di 18 anni, da il suo rappresentante legale o delegato.

Io sottoscritto _____ (nel caso di rappresentante indicare il grado di parentela) _____ dichiaro di aver informato il medico e di non essere mai stato dichiarato (o non essere a conoscenza che l'atleta sia mai stato dichiarato) NON IDONEO a precedenti visite sportive di legge. Inoltre mi impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali o dò atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'uso di alcool (DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.M. 18/02/1982).

DATA …… **FIRMA DELL'INTERESSATO/A** ……

per i minori firma del Rappresentante Legale