



Ambulatorio di Medicina & Fisiologia dello Sport  
**Dr. med. Schenk Kai**  
Specialista in Medicina dello Sport, Diploma COI di Nutrizione  
AGON STP srl  
via Giovo 129 D, 39049 Vipiteno (BZ)  
[www.agon.bz.it](http://www.agon.bz.it)

N° di protocollo 2024 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ANAMNESI

**Cognome e nome:** \_\_\_\_\_, nato/-a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, CAP: \_\_\_\_\_  
tel: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_,  femmina  maschio

Richiedo la seguente prestazione medico-sportiva:

- visita di idoneità agonistica** per i seguenti sport: \_\_\_\_\_  
associazione sportiva di appartenenza: \_\_\_\_\_
- visita di idoneità non-agonistica** (per il rilascio del certificato di buona salute)
- test funzionale**  test del lattato  misurazione VO<sub>2</sub>max  sul treadmill  sul cicloergometro
- In passato Le è stata comunicata una **non-idoneità alla pratica sportiva?**  no  **sì**

Un parente vicino soffre di una malattia del sistema cardiocircolatorio o è deceduto per infarto miocardico o arresto cardiaco all'età inferiore ai 50 anni?

no  sì: grado di parentela \_\_\_\_\_ deceduta/-o all'età di \_\_\_\_\_ anni

Sono noti casi di ictus in famiglia?

no  sì: grado di parentela \_\_\_\_\_ deceduta/-o all'età di \_\_\_\_\_ anni

È nota la familiarità per altre patologie?

no  sì, patologia: \_\_\_\_\_

### Soffre o ha sofferto di un'affezione:

- del sistema nervoso?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(trauma cranico, vertigini, emicrania, epilessia, sclerosi multipla, ...)
- della psiche?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(disturbo nevrotico, attacchi di panico, depressione, ...)
- della vista?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
lo porto  occhiali  lenti a contatto
- di naso/ seni paranasali?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(rinite allergica, epistassi, sinusite, ...)
- dell'udito?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(rottura del timpano, otite media, ipoacusia, acufeni, ...)
- dell'apparato respiratorio?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(tubercolosi, asma, BPCO, polmonite, fibrosi cistica, ...)
- del sistema cardiocircolatorio?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(cardiopatia congenita, miocardite, ipertensione arteriosa, aritmie, ...)
- dell'apparato digerente?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(reflusso gastro-esofageo, gastrite, colite ulcerosa, morbo di Crohn, ...)
- dell'apparato urinario?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(pielonefrite, glomerulonefrite, cistite ...)
- dell'apparato locomotorio?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(reumatismo, artrosi, ernia discale, scoliosi, fratture ossee, ...)
- del sistema endocrino?  no  sì  in passato, tipo? \_\_\_\_\_  
(diabete mellito, disfunzione tiroidea, gotta, dislipidemia, ...)
- Ha eseguito analisi del sangue?**  no, mai  sì, nell'anno \_\_\_\_\_  
ev. anomalie: \_\_\_\_\_

Ha subito interventi chirurgici, infortuni o incidenti?  no  sì  
in caso affermativo, spieghi: \_\_\_\_\_

Fuma?  no  sì, da \_\_\_ anni, una media di \_\_\_ sigarette al giorno  
Consuma alcolici?  no  sì, spesso  sì, raramente  
 vino  birra  superalcolici  
Beve caffè?  no  sì, quante tazzine al giorno? \_\_\_\_\_

Negli ultimi anni durante la pratica sportiva ha avvertito uno o più dei sintomi e disturbi elencati?  
perdita di coscienza  no  sì, spieghi: \_\_\_\_\_  
vertigini o nausea  no  sì, spieghi: \_\_\_\_\_  
dolore toracico  no  sì, spieghi: \_\_\_\_\_  
palpitazioni (cardiopalmo)  no  sì, spieghi: \_\_\_\_\_  
dispnea  no  sì, spieghi: \_\_\_\_\_  
attacco epilettico  no  sì, spieghi: \_\_\_\_\_  
altri sintomi  sì, spieghi: \_\_\_\_\_

Ha sofferto di infezioni febbrili durante le scorse 2 settimane?  no  sì: \_\_\_\_\_  
In questo momento si sente ammalato/-a?  no  sì, spieghi: \_\_\_\_\_  
Assume farmaci?  no  sì, quali: \_\_\_\_\_

In passato ha effettuato uno di seguenti esami?  
 ecocardiogramma  no  sì, nell'anno \_\_\_\_\_ all'ospedale di \_\_\_\_\_  
 Holter ECG  no  sì, nell'anno \_\_\_\_\_ all'ospedale di \_\_\_\_\_  
 profilo pressorio  no  sì, nell'anno \_\_\_\_\_ all'ospedale di \_\_\_\_\_

**per femmine:**

In questi giorni ha/ ha avuto le mestruazioni?  no  sì  
Soffre di irregolarità o disturbi legati al ciclo mestruale?  no  sì: \_\_\_\_\_  
Sa di essere incinta?  no  sì, al \_\_\_ mese  
È in menopausa?  no  sì, da \_\_\_ anni

Sa di essere affetto da altre malattie, limitazioni fisiche o fattori di rischio che non sono stati rilevati nel questionario, che potrebbero però causare complicanze in associazione con certe pratiche sportive?  
 no  sì, spieghi la condizione: \_\_\_\_\_

Ha domande al medico?  no  sì: - \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

Dichiara che le informazioni siano complete?  no  sì  
Dichiara che le informazioni fornite siano veritiere?  no  sì

firma: \_\_\_\_\_

Vipiteno, lì \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

(genitore o tutore per minorenni)

**Nota:** se nel corso della visita emergono dubbi relativi alla continuazione o disturbi di alcun tipo si chiede di comunicarlo per tempo in modo di consentire una reazione adeguata.  
La visita può essere liberamente interrotta in ogni momento .