



**Policlinico di Monza**

Istituto di Ricovero e Cura ad Alta Specializzazione



Sistema Sanitario  Regione Lombardia

MO850.14.01.01

## QUESTIONARIO DI ANAMNESI

IL SOTTOSCRITTO .....

IN QUALITÀ DI:  SE STESSO

O  GENITORE  TUTORE LEGALE  DELEGATO

di .....

IN FAMIGLIA (NONNI,ZII,GENITORI) VI SONO STATI CASI DI:

DIABETE NO SI *chi::* IPERTENSIONE NO SI *chi::*

INFARTO NO SI *chi::* PARALISI O ICTUS NO SI *chi::*

### **RIFERITO ALL'ATLETA**

**STA ASSUMENDO FARMACI ORA?** NO SI *Quali?.....*

**PROBLEMI CARDIACI** NO SI

**ISCHEMIA**  **BYPASS**  **STENT**  **ANGIOPLASTICA**  **INFARTO**  **INTERVENTI**  **ARITMIE**

**ALTRO: cosa.....**

SOFFRE DI MALATTIE CONGENITE? NO SI *Quali?.....*

HA SOFFERTO DI DISPLASIA DELL'ANCA \ SCOLIOSI? NO SI

HA AVUTO FORME REUMATICHE? NO SI

HA AVUTO EPISODI DI CONVULSIONI \ EPILESSIA? NO SI

E' MAI STATO RICOVERATO IN OSPEDALE NO SI, *Perché:.....*

MALATTIE, INFORTUNI: NO SI *Quali?.....*

INTERVENTI, ACCERTAMENTI NO SI *Quali?.....*

HA SUBITO TRAUMI CON PERDITA DI CONOSCENZA? NO SI *Quando?.....*

SOFFRE DI ALLERGIE? NO SI *Quali?.....*

HA ESEGUITO MAI ESAMI STRUMENTALI? NO SI *Quali?.....*

(Rx-Rmn-Tac-Ecografie- ecc ecc.....)

ASSUME ALCOLICI? NO SI *cosa?.....* FUMA NO SI *quante al dì?.....*

ASSUME STUPEFACENTI? NO SI *cosa?.....*

MENARCA (ETA' PRIMA MESTRUZIONE): ..... DATA ULTIMO CICLO: .....

**FIRMA DELL'ATLETA (o genitore se minorenne) .....**