



SCHEDA ANAMNESTICA

struttura sanitaria privata
Aut. Sanitaria AS FO n.0040592/P
del 10/10/2022

Data: 27/10/2024

Revisione: **B**

☐ Non agonistica

Peso:

Sesso: ☐ M ☐ F Indirizzo: _____ Sport praticato: _____

- Anamnesi Personale

1. Patologie Preesistenti

Ha mai sofferto di patologie croniche o gravi? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare: _____

2. Allergie

Ha allergie note (alimenti, farmaci, ecc.)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare: _____

3. Interventi chirurgici

Ha mai subito interventi chirurgici? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare tipo e data: _____

4. Malattie ereditarie in famiglia

Ci sono malattie ereditarie o predisposizioni in famiglia? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare: _____

5. Problemi cardiovascolari

Ha mai avuto disturbi cardiovascolari (es. palpitazioni, dolori toracici, svenimenti)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare: _____

6. Problemi respiratori

Ha mai avuto problemi respiratori (es. asma, allergie respiratorie)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare: _____

7. Disturbi muscolo-scheletrici

Ha mai avuto problemi muscolo-scheletrici (es. fratture, lesioni, dolori)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare: _____

8. Stato vaccinale

È in regola con le vaccinazioni obbligatorie? ☐ Sì ☐ No

Ha effettuato vaccini recenti (es. antitetanica, anti-COVID)? ☐ Sì ☐ No

9. Uso di farmaci

Assume regolarmente farmaci? ☐ Sì ☐ No

 CENTRO MEDICO TORRE	MEDICINA DELLO SPORT SCHEDA ANAMNESTICA	CENTRO MEDICO TORRE SRL struttura sanitaria privata Aut. Sanitaria AS FO n.0040592/P del 10/10/2022
		Data: 27/10/2024
		Revisione: B

Se sì, specificare tipo e posologia: _____

10. Uso di integratori alimentari

Assume integratori alimentari? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare: _____

○ Anamnesi Sportiva (compilare solo per certificato agonistico)

1. Esperienza sportiva

Da quanto tempo pratica attività sportiva? _____

Quali sport ha praticato in passato? _____

2. Infortuni sportivi

Ha subito infortuni legati all'attività sportiva? ☐ Sì ☐ No

Se sì, specificare il tipo di infortunio e il tempo di recupero: _____

3. Allenamento attuale

Frequenza allenamenti settimanali: _____ volte

Durata media di ogni allenamento: _____ minuti

○ Stile di Vita

1. Fumo

Fuma? ☐ Sì ☐ No

Se sì, quante sigarette al giorno? _____

2. Alcol

Consuma alcolici? ☐ Sì ☐ No

Se sì, con quale frequenza? _____

3. Sonno

Quante ore dorme mediamente per notte? _____ ore

Ha problemi di sonno? ☐ Sì ☐ No

4. Alimentazione

Segue un regime alimentare particolare (es. vegetariano, vegano)? ☐ Sì ☐ No

Descrivere brevemente: _____

Firma del Paziente: _____

Data: ____/____/____