

QUESTIONARIO INFORMATIVO PER VISITA MEDICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Sig.ra / Sig. _____

nat__ a _____ il ____ / ____ / ____

E' iscritto/a al corso di _____ ?

E' la prima volta che fa attività sportiva negli ultimi **5 anni**? NO SIHa problemi **allergici** (*respiratori, alimentari, cutanei, professionali*) ? NO SIHa problemi **respiratori** (*bronchiti, asma, infezioni broncopolmonari ricorrenti*)? NO SI**Fuma** ? NO SI**Quando ha fatto l'ultimo elettrocardiogramma?** _____ **Con quale esito?** _____Ha problemi di **pressione bassa, alta o instabile** ? (specificare) NO SIE' **cardiopatico** (ha avuto un *infarto* recente) o ha problemi **cardiaci** (*tachicardia, palpitazioni, extrasistoli*, è portatore di *pace-maker, bypass coronarici o femorali*)? NO SIRecentemente è stato/a sottoposto ad un **intervento chirurgico importante**? NO SILe è stata diagnostica una qualsiasi forma di **patologia reumatica**? NO SISe **SI**, quale e che terapia assume? _____Le è stata diagnostica una **patologia degenerativa** a carico di ossa e/o cartilagini? NO SIHa subito **fratture** recentemente o traumatismi seri alle articolazioni (spalla, anca, ...)? NO SILe è stata diagnosticata un'**ernia del disco** (cervicale, dorsale e/o lombare) ? NO SIHa problemi **muscolari** gravi (*stiramenti o strappi*, frequenti "*colpi della strega*") ? NO SIE' portatore di **malformazioni fisiche** (scoliosi, displasia all'anca) rilevanti o invalidanti? NO SIAbitualmente assume **farmaci per una patologia importante** ? NO SISe **SI**, quali e quando e per quale patologia? _____Ha **predisposizione familiare** per malattie **genetiche (ereditarie)** o **metaboliche** o **congenite** (ipertensione, malattie cardiovascolari, tumori, diabete, talassemia, ...)? NO SISe **SI**, quale/i e quali altri parenti sono eventualmente ammalati? _____La sua **alimentazione** è ben equilibrata? NO SI

Eventualmente in che cosa "esagera" in particolare? _____

Si sottopone a **diete "fai da te"**? NO SIHa problemi di **tiroide**? NO SIHa problemi di **osteoporosi** ? NO SI

SOLO PER LE DONNE

E' attualmente **incinta**? NO SIHa avuto **parti** o **aborti** (sia spontanei sia volontari) nell'ultimo anno? NO SIIl **ciclo mestruale** è regolare? NO SISoffre di disturbi **premenstruali** (cefalee, nausea, umore variabile, fotofobia, dolori vari)? NO SILe è stato diagnosticato un **ovaio policistico** e/o un **adenoma all'ipofisi**? NO SIE' in **menopausa** ? NO SI

Data ____ / ____ / _____