

# 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  SI**E' 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_