

 **ATLETA** Cognome..... Nome..... Tel:...../.....

**STORIA MEDICA DELLA FAMIGLIA DELL'ATLETA**

Padre  vivente  deceduto per \_\_\_\_\_  
Madre  vivente  deceduta per \_\_\_\_\_

Segnalare con una "X" se nella famiglia dell'atleta vi sono Genitori, Fratelli o Sorelle, Nonni e Zii materni e paterni che hanno sofferto o soffrono attualmente di:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito                         | <input type="checkbox"/> Ictus cerebrale                        |
| <input type="checkbox"/> Tumori                                  | <input type="checkbox"/> Infarto cardiaco                       |
| <input type="checkbox"/> Pressione alta (Ipertensione arteriosa) | <input type="checkbox"/> Angina pectoris                        |
| <input type="checkbox"/> Allergie                                | <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia/Ipertrigliceridemia |
| <input type="checkbox"/> Morte improvvisa senza malattia nota    | <input type="checkbox"/> Altro .....                            |
| <input type="checkbox"/> Ipotiroidismo/Iperitiroidismo           |   |

**STORIA MEDICA DELL'ATLETA**

Segnalare con una "X" l'eventuale presenza di:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ho un'alimentazione completa   | <input type="checkbox"/> Consumo vino o liquori (quanto.....)    |
| <input type="checkbox"/> Soffro di allergie a.....  | <input type="checkbox"/> Fumo n°..... sigarette al giorno        |
| <input type="checkbox"/> Ho intolleranza alimentare a.....  | <input type="checkbox"/> <b>Donna:</b> inizio ciclo ad anni..... |
| <input type="checkbox"/> Ho una dieta particolare (vegetariana, vegana, per diabetici, per celiaci, povera di sodio etc...) | <input type="checkbox"/> <b>Donna:</b> ultimo ciclo il.....      |

Segnalare con una "X" se l'atleta soffre in atto o ha sofferto in passato di:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito  | <input type="checkbox"/> Tumori (dove?.....)        |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa   | <input type="checkbox"/> Lipotimie (svenimenti)     |
| <input type="checkbox"/> Asma (allergica, da sforzo)  | <input type="checkbox"/> Cardiopalmo (palpitazioni) |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosi   | <input type="checkbox"/> Cardiopatie                |
| <input type="checkbox"/> Polmoniti  | <input type="checkbox"/> Epatiti                    |
| <input type="checkbox"/> Malattie infettive dell'infanzia (Varicella, Scarlattina, Morbillo etc...) | <input type="checkbox"/> Altro .....                |

**Interventi chirurgici subiti:** .....

**Traumi (distorsioni, fratture, rotture di legamenti):** .....

**Terapie farmacologiche in corso o praticate in passato:** .....

In Fede

Tradate, data:...../...../.....

 L'atleta (se maggiorenne).....

Il genitore (se l'atleta è minorenn).....

Un responsabile.....

**DA COMPILARE SEMPRE**

**Se la visita è un rinnovo** mettere un visto qui  e compilare solo i campi **che sono cambiati** dall'anno precedente.