



POLIAMBULATORIO VITA s.r.l.

Via Garofoli, 114 - 37057 San Giovanni Lupatoto - VR

Mail: poliambulatoriovita@gmail.com - tel. 045 8750830 - cell. 347 9905900

Direttore Sanitario Dott. Marchi Pierluigi

ANAMNESI

COGNOME		NOME	
VIA		NUM.	
CITTA'		C.A.P.	
DATA DI NASCITA		LUOGO	
CODICE FISCALE			
MEDICO DI BASE			
PROFESSIONE			
TEL/CELL.			
EMAIL			
INVIATO DA			

Parte riservata al medico

Attualmente gode di buona salute?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Ha disturbi di cuore?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Soffre di malattie:					
Polmonari?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Renali?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Del sangue?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Neurologiche?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Soffre di:					
Pressione bassa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Pressione alta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Scoliosi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Ha attualmente malattie infettive?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
se si quali?					
Ha sofferto di una delle sopra elencate malattie in passato?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
se si quali?					
Ha familiarità con una delle sopra elencate malattie? (nonni, genitori, fratelli, figli)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
se si quali?					
E' in terapia con qualche farmaco?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Se si a quali?					
Ha mai subito interventi chirurgici?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Se si quali?					
Ha praticato attività fisica in passato?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Attualmente?					
Da quanto tempo è fermo?					
la mai avuto problemi di salute da dover interrompere l'attività fisica?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Se si che tipo di problemi?					
Durante l'attività fisica si sono mai verificati i seguenti episodi?					
Svenimenti	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Giramenti di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Nausea e vomito	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Cardiopalmo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Dolore toracico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
FUMO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PESO: <u> </u> Kg.	ALTEZZA: <u> </u> Cm.	

Dichiaro di aver risposto in modo esauriente e veritiero alle domande formulatemi e di rendere noti eventuali cambiamenti del mio stato di salute.

DATA:

FIRMA:

ESAME OBIETTIVO

Trofismo: Buono _____

Apparato osteo-articolare: Integro _____

Torace e apparato respiratorio: Normoespanso; MV su tutto l'ambito _____

Apparato cardiocircolatorio: Toni validi Pause libere Non rumori patologici aggiunti

Eusfigmia polsi periferici: Non soffi Carotidei Soffio _____

PAO a riposo (mmHg): _____ FC (bpm): _____

Addome e organi genitali: Trattabile; fegato e milza nei limiti; n.d.p. _____

Conclusione esame obiettivo: Nei limiti di norma _____

Firma del medico visitatore

Note _____

GIUDIZIO CONCLUSIVO

L'atleta, all'atto della visita, non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica NON agonistica dello sport:

_____ per il
periodo di: 1 anno 2 anni

li, _____

(timbro e firma del medico)