



**C.M.S.**  
**CENTRO MEDICO**  
**SPORTIVO**

Via F.lli di Dio 31/D - 20099 Sesto San Giovanni (MI)  
Tel. 02 22.47.76.66 - Fax 02 26.20.467  
info@cms-sestosg.it www.cms-sestosg.it

Data .....

## RACCOLTA DATI CLINICI PERSONALI PER LA VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ AGONISTICA E NON AGONISTICA

**Cognome e Nome dell'atleta:** .....

Nella famiglia **dell'atleta** (genitori, fratelli, sorelle, nonni) si sono verificate le seguenti patologie?

(se si specificare quali e quale/i familiare/i)

MALATTIE CARDIOVASCOLARI  IPERTENSIONE ARTERIOSA

MORTE IMPROVVISA GIOVANILE (prima dei 40 anni)  DIABETE  ALTRO

La nascita dell'atleta è avvenuta: A TERMINE  CON PARTO PREMATURO

L'atleta ha avuto disturbi nel 1° anno di vita? NO  SI'

Se si indicare di che tipo .....

L'atleta ha mai avuto episodi convulsivi? NO  SI'

Se si indicare se è stato trattato con farmaci – quali .....

E' mai svenuto? Quando? ..... NO  SI'

Ha mai subito traumi cranici con perdita di conoscenza?

Se sì: in quali occasioni? .....

Ha mai sofferto di reumatismi nel sangue? (elevato tasso antistreptolisinico – TAS) NO  SI'

Soffre di asma? NO  SI'  allergie? NO  SI'

Se sì. indicare se: A farmaci  Agli alimenti  A piante, erbe, pollini

Indicare terapie .....

L'Atleta è mai stato ricoverato in Ospedale? NO  SI'

indicare se PER MALATTIE – QUALI? .....

PER INTERVENTO CHIRURGICO – QUALI? .....

Ha mai subito: Fratture  Distorsioni

Se si indicare quali .....

L'atleta: SOFFRE DI QUALCHE PATOLOGIA? NO  SI'

Quale/i? .....

ASSUME REGOLARMENTE FARMACI? NO  SI'

Quali? .....

FUMA – CONSUMA ALCOOL? NO  SI'

Quantità? : .....

Attualmente STA BENE? NO  SI'

Se no quali sono i problemi .....

(SE FEMMINA) Menarca anni ..... Data ultima mestruazione .....

Firma dell'atleta (o del genitore se minorenne) .....