

Check list anamnestica, da compilare e consegnare al momento della visita

Sig./Sig.ra: _____

A. Storia familiare			
Domande		Risposte	
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato, o sindrome della morte improvvisa infantile)?		NO	SI
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con:	inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegato, pre-annegamento?	NO	SI
	qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?	NO	SI
	cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica <55 anni se maschi, <65 se femmine?	NO	SI
	diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, malattie del sangue?	NO	SI
B. Storia personale			
Domande		Risposte	
Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o quasi-perdita-dei-sensi (quasi svenimento-sincope)?	durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto capogiri, vertigini?	durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI

Check list anamnestica, da compilare e consegnare al momento della visita

Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche battito (extrasistoli)?	durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Un medico ti ha mai detto che hai qualsiasi problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, un soffio al cuore, una aritmia cardiaca, una infezione al cuore nell'ultimo mese (ad esempio miocardite, mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata, febbre reumatica?		NO	SI
Un medico ti ha mai detto che hai asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?		NO	SI
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio ECO, Holter o ECO?		NO	SI
Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?		NO	SI
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?		NO	SI
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?		NO	SI
Negli ultimi 2 anni hai preso farmaci in maniera costante?		NO	SI
C. Storia sportiva			
Tipo di sport praticato	Ruolo... dall'età... all'età... durata... n. ... specialità... per anni... n° allenamenti... competizioni... in minuti... alla settimana...		
D. Altre notizie			
Professione	esposizione a rischi	da anni	
Fumo		NO	SI
Sigarette al giorno	Da anni		
Uso non occasionale di alcool		NO	SI
Quantità al giorno	Da anni		
Stupefacenti		NO	SI
Modalità	Da anni		