ANAMNESI DEL PAZIENTE

Cognome: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Nome: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Data di Nascita: . . . . / . . . . / . . . . . . . Luogo di Nascita: . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Codice Fiscale: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Indirizzo: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . CAP: . . . . . .

Città: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Prov.: . . . . . . .

Attività di studio/lavoro: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Obbiettivo richiesto:

cellulare:

E-Mail:

**Anamnesi sportiva**

Quale sport pratica? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Da quanti anni? . . . . . . . . . . . . .

Quanti allenamenti svolge alla settimana? . . . . . . . Di che durata? . . . . . . . . . . . . . .

Pratica altri sport? Se si, quali e quante ore alla settimana vi dedica? . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Anamnesi familiare**

C’è qualcuno in famiglia che soffra o abbia sofferto di:

(barrare le caselle in caso di parente affetto: padre, madre, fratelli, sorelle, nonni paterni/materni)

Malattie di cuore NO □ SI □ Diabete mellito NO □ SI □

Morte improvvisa NO □ SI □ Mal. Tiroidee NO □ SI □

Infarto del miocardio NO □ SI □ Mal. Polmonari NO □ SI □

Ipertensione NO □ SI □ Mal. Neurologiche NO □ SI □

Colesterolo alto NO □ SI □ Tumori NO □ SI □

Obesità NO □ SI □ Asma/Allergie NO □ SI □

**Notizie Personali**

Fuma NO □ SI □

Se si, quante sigarette in media al giorno e da quanto tempo . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Ha mai provato a smettere? NO □ SI □ Vorrebbe smettere? NO □ SI □

Beve alcolici? NO □ SI □ quanto? . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Beve caffè/the/coca-cola? NO □ SI □ quanto? . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Consuma frutta e verdura? raramente □ 2-3/settimana □ ogni giorno □

Assume regolarmente farmaci e/o integratori alimentari? NO □ SI □

Se si, quali . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Anomalie del ciclo mestruale NO □ SI □

**Anamnesi patologica Personale**

Ha sofferto / Soffre di:

Allergie NO □ SI □ Asma bronchiale NO □ SI □

Altre mal. Respiratorie NO □ SI □ Otiti/Sinusiti NO □ SI □

Anemia NO □ SI □ Epilessia NO □ SI □

 Malattie di cuore NO □ SI □ Se si di che tipo……………………………………..

Dolore toracico NO □ SI □ Diabete mellito NO □ SI □ Malattie gastro-intestinali NO □ SI □

Malattie del fegato/vie biliari NO □ SI □ Malattie muscolo – scheletriche NO □ SI □

Malattie neurologiche NO □ SI □ Malattie tiroidee NO □ SI □

Altre malattie endocrine NO □ SI □ Neoplasie (Tumori) NO □ SI □

Malattie psichiatriche NO □ SI □ Malattie dei reni/vie urinarie NO □ SI □

Altro (specificare) NO □ SI □ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Consenso informato**

 Io sottoscritto……………………………………………………………………………dichiaro   di   aver   ricevuto,    nel   corso  di    un  colloquio     personale  con    il   Dr./Prof…………………………………………………………………………………Informazioni dettagliate circa la natura della mia malattia e sul tipo di trattamento terapeutico suggerito come utile al mio caso. Dichiaro, pertanto, di consentire espressamente che venga eseguito sulla mia  persona il seguente trattamento., consapevole, purché adeguatamente informato, dei rischi e dei benefici che esso può comportare, degli effetti collaterali che ne possono derivare in ordine alla funzionalità degli organi interessati e, quindi, alla qualità della vita, nonché alle alternative possibili al trattamento da intraprendere.

**Firma del paziente** ……………………………………………………………………………….

Firma del dottore che ha informato ……………………………………………………………..

Data …………………………………….

 Data Firma del dichiarante

 . . . . . . /. . . . /. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .