

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

NOME	COGNOME
NATO IL	A
RESIDENTE A	IN VIA
CODICE FISCALE	TELEFONO

Malattie dei nonni, genitori, fratelli, sorelle:

Malattie cardiache	Si	NO	Ipertensione	Si	NO
Diabete	Si	NO	Problemi neurologici	Si	NO
Altro	Si	NO	Se si quali?		

Malattie del soggetto (se SI, indicare a fianco ulteriori informazioni circa la patologia):

Diabete	SI	NO	
Cardiache	SI	NO	
Respiratorie (es. Asma)	SI	NO	
App. Digerente	SI	NO	
Reumatiche	SI	NO	
Renali	SI	NO	
Ortopediche	SI	NO	
Neurologiche (es. Epilessia, Ictus..)	SI	NO	
Altro	SI	NO	
Interventi chirurgici pregressi	SI	NO	

Altre informazioni del soggetto:

Fumo	SI	NO	
Allergie	SI	NO	
Medicinali assunti	SI	NO	
Ha mai dovuto interrompere l'attività	SI	NO	
Altre segnalazioni:			

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, avere sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali, e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo, tabacco, sostanze dopanti e alcool.

↓
↓

Firma del dichiarante o del tutore se minore
Data

Io sottoscritto acconsento a sottopormi ad esame elettrocardiografico. Dichiaro che qualora ritenga di volerne acquisire una copia ne farò richiesta tramite raccomandata A/R c/o Dott. Alessandro Corsini via Nievo 30, 25123, Brescia allegando fotocopia di documento di identificazione e motivazione della richiesta. Tale richiesta verrà evasa entro 60 giorni dalla ricezione.

↓
↓

Firma del dichiarante o del tutore se minore
Data

Dichiaro di **non accettare** il consenso informato (in questo caso non sarà possibile procedere con l'esecuzione dell'esame)

ESAME OBIETTIVO

NOME

COGNOME

Apparato cardiovascolare		
Cuore (Toni e Soffi)	Toni validi e ritmici	Altro:
PA	/	
Osservazioni		
Apparato respiratorio		
EO	Non rumori	Altro:
Note		
Apparato osteo-muscolare		
Osservazioni	Nulla	Altro:

Il medico

Data
