

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Nome _____ Cognome _____

Nato il _____

Residente a _____ Via _____ Nr. ____

DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI

Hai un parente di primo grado (genitori, figli, fratelli e/o sorelle):

- affetto da diabete? Sì No Chi? _____

- affetto da asma e/o malattie allergiche? Sì No Chi? _____

- affetto da ipertensione arteriosa: Sì No Chi? _____

- affetto da cardiopatia ischemica <55 anni se maschi, <65 se femmine, 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? Sì No Chi? _____

- portatore di pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)? Sì No Chi? _____

- che ha riportato inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegato, pre-annegamento? Sì No Chi? _____

- morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni? Sì No Chi e a che età? _____

DOMANDE RIFERITE AGLI ATLETI DA VISITARE

Tipo di lavoro praticato: _____

Quante sigarette fumi al giorno?

Nessuna 5/10 Più di 10 Da quanti anni? ____

Ex Per quanti anni? "_____""Da quanto hai smesso? ____

Bevi alcolici o superalcolici? Sì No Quanto di media al giorno? ____

Assumi abitualmente dei farmaci? Sì No Quali? _____

Soffri o hai sofferto di:

- diabete? Sì No Usi insulina? Sì No

- malattie e/o aritmie cardiache? Sì No Quali? _____

- ipertensione arteriosa? Sì No

- epilessia? Sì No
 - altre malattie neurologiche? Sì No Quali? _____
 - allergie? Sì No A cosa? _____
 - asma? Sì No
 - altre malattie respiratorie? Sì No Quali? _____
- Hai mai subito interventi chirurgici? Sì No Quali e quando?
-

Hai mai avuto fratture? Sì No Quali e quando?

Hai mai avuto infortuni rilevanti? Sì No Quali e quando?

Hai mai avuto traumi cranici? Sì No Quando?

Hai mai avuto una disfunzione di qualche organo interno? Sì No Quale?

Altre patologie da segnalare?

Durante la pratica di attività sportiva hai mai accusato malori improvvisi quali:

- svenimenti? Sì No
- dolore al torace? Sì No
- mancanza di fiato improvvisa senza motivo? Sì No
- sensazione di battito accelerato senza motivo? Sì No

NOTIZIE RELATIVE ALLE PRECEDENTI VISITE PER L'IDONEITÀ SPORTIVA

Hai già eseguito visite per l'idoneità sportiva ad attività agonistica? Sì No

In tali visite sei mai stato sospeso o giudicato non idoneo? Sì No Per quale motivo?

Sono mai stati richiesti altri esami (es. Ecocardiogramma, Holter, Test da sforzo, ecc.)? Sì No

Per quale motivo?

MALATTIE INFANTILI

Varicella? Morbillo? Rosolia? Parotite? Pertosse? Scarlattina? Mononucleosi?
Epatite B? Epatite C?

VACCINAZIONI

Morbillo/rosolia/parotite? Epatite B? Papilloma Virus (HPV)? Tetano?

NOTIZIE RELATIVE ALLA VISTA

Patologie o difetti visi? Sì No Quali? _____

Utilizzi occhiali o lenti a contatto? Sì No

Se Sì, cosa usi durante lo sport? Occhiali Lenti a contatto Nulla

NOTIZIE RELATIVE ALL'UDITO

Patologie o difetti uditivi? Sì No Quali? _____

Se Sì, usi protesi auricolari? Sì No

DOMANDE RIFERITE ALL'APPARATO GENITALE

Per le donne: data prima mestruazione (menarca): ____ data ultima mestruazione: ____

Ciclo: regolare "''''''''irregolare "''''''''Usi farmaci anticoncezionali? Sì No

Per gli uomini: Hai da segnalare problemi agli organi genitali? Sì No Quali? _____

NOTIZIE RELATIVE AGLI SPORT PRATICATI

Quale sport praticati? _____ Da quanti anni? _____

Quanti allenamenti a settimana? "" _____ ""Durata dell'allenamento (in minuti)? ____

RECAPITI PER EVENTUALI COMUNICAZIONI MEDICHE

Tel. Abitazione: _____ ""''''''''Tel. Cellulare: _____

E-mail : _____

DICHIARAZIONE: Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psicofisiche, delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite sportive di legge o essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico. Inoltre m'impegno a non far uso di droghe riconosciute illegali e di uso improprio di farmaci. Do atto di essere informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

La dichiarazione va sottoscritta dal visitato o, nel caso minorenni, da almeno un genitore.

Sottoscrizione dopo presa visione di quanto dichiarato e colloquio chiarificatore con il medico.

Data _____

Firma del medico

Firma dell'atleta o del tutore se minore

ATTO DI CONSENSO INFORMATO VISITA MEDICA E STEP-TEST E/O

TEST ERGOMETRICO AL CICLOERGOMETRO

Nome _____

Cognome _____

Nato il _____

Il sottoscritto chiede di essere sottoposto a visita medica comprensiva di esame strumentale per valutazione cardiaca mediante step-test e/o test ergometrico al cicloergometro. Dichiaro di essere a conoscenza che tali test contengono intrinsecamente un margine di rischio per ischemie coronariche e/o aritmie ipercinetiche. Tali test, in caso di rischio anche minimo, verranno immediatamente sospesi dall'equipe medica, come pure potranno essere sospesi in ogni momento su richiesta del soggetto visitato, considerandoli eseguiti ai soli fini amministrativi.

Dichiaro altresì di aver correttamente informato l'equipe visitante delle condizioni di salute, delle malattie pregresse e dei farmaci assunti, nonché dichiaro di non aver posto in essere comportamenti tali da rendere pericoloso tale esame quali ad esempio l'assunzione di sostanze attive in grado di falsare la normale risposta fisiologica allo stress.

Il sottoscritto dichiara di accettare il consenso informato (in questo caso sarà possibile procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità)

Il sottoscritto dichiara di NON accettare il consenso informato (in questo caso non sarà possibile procedere all'esame per il rilascio dell'idoneità).

Data

Firma dell'atleta o del tutore se minore
