

SCRIVERE IN STAMPATELLO
MAIUSCOLO

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ cap _____

in Via _____ nr. _____

Codice Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

N. Cellulare _____ E-mail _____

Iscritto/a a FONDI / ASSICURAZIONE SI NO se SI, indicare quali _____

ACCONSENTO A SOTTOPORMI VOLONTARIAMENTE ALLA VISITA SPECIALISTICA E A TAL FINE, SOTTO LA MIA RESPONSABILITA',

DICHIARO

ALTEZZA _____ CM

PESO _____ KG

A. STORIA FAMILIARE

(parenti di 1 e 2 grado: nonni, genitori, fratelli e sorelle, figli, nipoti dell'atleta)

DOMANDE		RISPOSTE		COSA, CHI, A CHE ETÀ?
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	Sì	
Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con	inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati, pre-annegamento?	No	Sì	
	qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?	No	Sì	

cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena, sindrome del QT lungo o corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica <55 anni se maschi, <65 se femmine?	No	Sì	
ipertensione arteriosa (pressione alta), dislipidemia (colesterolo alto), diabete (glicemia alta), asma, malattie allergiche, malattie respiratorie, altro?	No	Sì	

B. STORIA PERSONALE (L'ATLETA)

DOMANDE	RISPOSTE		SE SÌ, SPECIFICARE
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	Sì	
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	Sì	
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio: ECG (elettrocardiogramma), Holter (registrazione dell'ECG per 24 ore), Ecocardiogramma, Coro-TC o coronarografia, Scintigrafia miocardica Risonanza magnetica cardiaca?	No	Sì	
Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?	No	Sì	
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?	No	Sì	
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?	No	Sì	

Negli ultimi 2 anni hai preso farmaci in maniera costante?	No	Sì	
--	----	----	--

C. SINTOMI (L'ATLETA)

DOMANDE	RISPOSTE		SE SÌ, SPECIFICARE	NOTE DEL MEDICO
SINCOPE: Sei mai svenuto o stato sul punto di svenire	No	Sì		
DISPNEA: hai mai sperimentato senso di fame d'aria/difficoltà respiratoria a riposo o per sforzi lievi?	No	Sì		
DOLORE TORACICO: hai mai sperimentato dolore al petto di natura oppressiva (senso di peso, pungiglione), che non cambia col respiro, prevalentemente a sinistra e/o che si irradia? al collo o tra le scapole	No	Sì		
CARDIOPALMO: hai mai avvertito il cuore battere troppo veloce rispetto allo sforzo che stai compiendo, troppo forte o saltare uno o più battiti?	No	Sì		

D. STORIA SPORTIVA (L'ATLETA)

DOMANDE	RISPOSTE
Che sport stai praticando/hai intenzione di praticare? Quante ore a settimana?	

DOMANDE	RISPOSTE		SE SÌ, DOVE E QUANDO
Hai già effettuato in precedenza visite di idoneità agonistica o non agonistica?	No	Sì	

SOLO SE HAI RISPOSTO "SÌ" ALLA DOMANDA PRECEDENTE	RISPOSTE		PERCHÉ?
Sei mai stato sospeso o dichiarato non idoneo?	No	Sì	

SOLO SE HAI RISPOSTO "SÌ" ALLA DOMANDA PRECEDENTE	RISPOSTE		QUALI? PORTARE IN VISIONE.
Ti sono stati richiesti accertamenti?	No	Sì	

E. ALTRE INFORMAZIONI (L'ATLETA)

DOMANDE	RISPOSTE		QUANTIFICARE
Fumi?	No	Sì	
Bevi alcol?	No	Sì	
Fai uso di bevande energizzanti? (caffè, coca-cola, red bull...)?	No	Sì	
Se sei una donna in età fertile, il tuo ciclo è regolare?	No	Sì	

Luogo, lì _____

Firma _____

(*) Se minore, Firma del padre/tutore _____

Firma della madre/tutore _____

(*) È necessaria la sottoscrizione di entrambi i genitori esercenti la potestà genitoriale. In caso di firma unica, è necessario compilare anche la dichiarazione che segue.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445 del 2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e del 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo, lì _____ Firma di un solo genitore _____

FIRMA DEL MEDICO _____