

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremmo grati se volesse rispondere al seguente questionario:

In famiglia (genitori, fratelli o sorelle, zii, nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:

- Malattie cardiache (infarti, valvulopatie, aritmie, malformazioni, sindrome di Brugada, QT lungo ecc.)
- Indicare quale patologia e grado di parentela _____
- Morti improvvise prima dei 40 anni (indicare chi e la causa, se nota) _____
- Diabete (indicare chi) _____ • Iperensione (indicare chi) _____

Alle visite di idoneità sportiva precedenti le è stato richiesto qualche esame supplementare? (Ecocardiogramma, Holter, Test massimale, altro...e per quale motivo) _____

Ha/Ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Iperensione | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Malattie reumatiche | <input type="checkbox"/> Polmonite | <input type="checkbox"/> Mononucleosi | <input type="checkbox"/> Pneumotorace |
| <input type="checkbox"/> Epatite virale | <input type="checkbox"/> Monorene | <input type="checkbox"/> Monorchide(un solo testicolo) | <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Disturbi psicologici/comportamentali _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | | | |

E' mai svenuto? (sincopi/lipotimie) _____ **Fuma?** _____

- E' stato operato di:**
- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tonsillectomia | <input type="checkbox"/> Adeinoidectomia | <input type="checkbox"/> Appendicectomia | <input type="checkbox"/> Ernia |
| <input type="checkbox"/> Meniscectomia DX SX | <input type="checkbox"/> Ricostruzione Legamento Crociato DX SX | <input type="checkbox"/> Varicocele | <input type="checkbox"/> Testicolo ritenuto |
| <input type="checkbox"/> Altre operazioni _____ | | | |

E' stato ricoverato in ospedale per altri motivi? Se si, precisare quando e per quali motivi _____

Ha riportato fratture o altri infortuni? Se si, precisare quando e in quale parte del corpo _____

Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se si, quali? _____

In questo periodo sta seguendo qualche cura? SI NO

Se si, quali farmaci sta prendendo e per quale motivo? _____

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti

FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) _____

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento volontariamente ad essere sottoposto al test da sforzo al cicloergometro. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame e sono stato visitato da un medico il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro sintomo. Sono a conoscenza che il test, in rari casi, può fare insorgere problemi potenzialmente gravi e pericolosi, ma anche che il personale e le apparecchiature necessarie per fronteggiare qualsiasi urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) _____

Il Medico _____