

SEZIONE A CURA DELL'ATLETA:

(Genitore o persona munita di delega in caso di minori)

COGNOME E NOME _____ **DATA DI NASCITA** _____

ATTIVITA' FISICA/SPORT PRATICATO _____

ETA' COMPIUTA _____ **CONTATTO** (telefono o mail) _____

Notizie riguardanti la famiglia

Leggere le malattie sottostanti e qualora uno dei suoi familiari (mamma, papà, fratelli o nonni) soffra o abbia sofferto in passato della malattia, barrare la casella della patologia specifica.

- **Morte Improvvisa**..... SI NO
- **Malattia di Cuore**..... SI NO
- **Infarti in giovane età (<55 anni)**..... SI NO
- **Malattie genetiche** SI NO

Notizie riguardanti l'atleta

E' mai stato sottoposto a visite medico-sportive?..... SI NO

Se sì, è mai risultato non idoneo?..... SI NO

Se sì, scrivere la causa della non-idoneità _____

Le è mai stato riscontrato durante una visita:

MALATTIA CARDIACA..... SI NO

SOFFIO CARDIACO SI NO

IPERTENSIONE ARTERIOSA..... SI NO

ARITMIE CARDIACHE..... SI NO

COLESTEROLO ALTO O DIABETE..... SI NO

ASMA O ALTRA MALATTIA POLMONRE, SI NO

E' fumatore?... SI NO Se sì quante sigarette al giorno: _____ Da quanti anni: _____

Durante l'attività sportiva/sforzi fisici le è mai successo di provare:

DOLORE O SENSO DI COSTRIZIONE AL PETTO SI NO

CUORE CHE BATTE IN MANIERA IRREGOLARE..... SI NO

SVENIMENTO..... SI NO

Attualmente sta assumendo medicine? SI NO

Se sì quali: _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (oppure il genitore se l'atleta è minore di 18 anni) dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

- il questionario è stato perfettamente compreso in tutte le sue voci
- quanto compilato nel questionario corrisponde a verità
- ha informato completamente il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o altro evento patologico contratto nel passato

DATA, ____ / ____ / ____

_____ Firma dell'atleta se maggiorenne o del Genitore se minore

SEZIONE A CURA DEL MEDICO:

ANAMNESI FAMILIARE _____

ANAMNESI PATOLOGICA _____

ANAMNESI SPORTIVA:

Pratica _____ da _____ anno/i , si allena _____ volte/sett, _____ min/seduta.

SINTOMI:

ANGOR _____ SI NO DISPNEA _____ SI NO

CARDIOPALMO _____ SI NO SINCOPI/PRESINCOPI _____ SI NO

ALTRI SINTOMI: _____

ESAME OBIETTIVO

ALTEZZA (cm) _____ PESO (kg) _____ PRESSIONE ARTERIOSA _____ / _____ mmHg

TORACE E APPARETO RESPIRATORIO: nei limiti di norma SI NO _____

CUORE:

Toni cardiaci normali e ritmici __SI NO Altro: _____

Pause libere _____ SI NO _____

Polsi periferici validi e simmetrici _____ SI NO _____
(femorali nei bambini)

ADDOME: _____

LOCOMOTORE: _____

ALTRO: _____

ECG BASALE: in allegato

CONCLUSIONI: IDONEO NON IDONEO ACCERTAMENTI

DATA, ____ / ____ / _____