



Mod.1/Med.Sport./rev.2019

Data \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio d' idoneità all' attività sportiva, le chiediamo gentilmente di rispondere il 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 il grado di parentela** \_\_\_\_\_
  - **Morti improvvise prima dei 40 anni** (indicare chi e la causa, se nota) \_\_\_\_\_
  - **Diabete** (indicare chi) \_\_\_\_\_ **Iperensione** (indicare chi) \_\_\_\_\_
- Alle visite d' idoneità sportiva precedenti le è stato richiesto qualche esame supplementare?**  
 Ecocardiogramma  Holter  Test massimale  altro...  
Indicare con una crocetta quale e specificarne il motivo \_\_\_\_\_
- Ha o ha avuto in passato una delle seguenti patologie?**  
 ipertensione  epilessia  asma  allergie  
 malattie reumatiche  polmonite  mononucleosi  pneumotorace  epatite virale  
 monorchide (un solo testicolo)  ipercolesterolemia  disturbi psicologici/comportamentali  
 altro \_\_\_\_\_
- E' mai svenuto? SI ( ) NO ( )**  
**(sincopi/lipotimie)** \_\_\_\_\_
- Fuma? SI ( ) NO ( )**
- E' stato operato di:**  
 tonsillectomia  adenoidectomia  appendicectomia  ernia  erniameniscectomia dx sin  
 ricostruzione legamento crociato dx sin  varicocele  testicolo ritenuto  
 altre operazioni \_\_\_\_\_
- E' stato ricoverato in ospedale per altri motivi? se SI, precisare quando e per quale motivo:**  
\_\_\_\_\_

8. **Ha riportato fratture o altri infortuni? se SI, precisare quando e in quale parte del corpo:**

---

9. **Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se SI, quali:**

---

10. **In questo periodo sta seguendo qualche cura? SI ( ) NO ( )**

**Se sì, 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 e di **non: essere mai stato dichiarato non idoneo**, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e dò atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

**FIRMA** (del tutore se minore)\_\_\_\_\_

### **CONSENSO INFORMATO**

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento 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 sintomi. 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 emergenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra e ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

**FIRMA** (del tutore se minore)\_\_\_\_\_

**Il medico** \_\_\_\_\_