



Mod.2.semplice/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 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 il grado di parentela** \_\_\_\_\_
  - Morti improvvise prima dei 40 anni** (indicare chi e la causa, se nota) \_\_\_\_\_
  - Diabete** (indicare chi) \_\_\_\_\_ **Ipertensione** (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)** \_\_\_\_\_
- E' stato operato di:**  
 tonsillectomia     adenoidectomia     appendicectomia     ernia     meniscectomia 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 quali motivo:**  
\_\_\_\_\_
- Ha riportato fratture o altri infortuni? se SI, precisare quando e in quale parte del corpo:**  
\_\_\_\_\_

8. **Ha eseguito esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se SI, quali?**

---

9. **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)\_\_\_\_\_