



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) _____