



Mod.3.Rinnovo/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) \_\_\_\_\_
- Ha avuto malattie?**  
\_\_\_\_\_
- E' mai svenuto?**  
**(sincopi/lipotimie)** \_\_\_\_\_
- Fuma?** SI ( ) NO ( )
- E stato operato o ricoverato in Ospedale?** SI ( ) NO ( )  
se SI' precisare quando e per quali motivo  
\_\_\_\_\_
- Ha riportato fratture o altri infortuni?** se SI, precisare quando e in quale parte del corpo:  
\_\_\_\_\_
- Ha eseguito esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se SI, quali:**  
\_\_\_\_\_
- 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** \_\_\_\_\_