

SCHEDA ANAMNESI IDONEITA' SPORTIVA

NOME E COGNOME _____ nato il _____ a _____
 CF: _____ Cell: _____ e-mail _____

Sport per cui è richiesta la visita _____

STORIA FAMILIARE

Ha un qualsiasi membro della famiglia o parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte cardiaca inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardio prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato o sindrome della morte improvvisa infantile)?		NO	SI
Ha un qualsiasi membro della famiglia oppure parente con	inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegabili, pre-annegamento?	NO	SI
	qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o qualche defibrillatore impiantato, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca oppure trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?	NO	SI
	cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica < 55 anni se maschi, > 65 se femmine?	NO	SI
	diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, malattie del sangue?	NO	SI

STORIA PERSONALE

Hai mai avuto perdita sensi (svenimento-sincope o quasi perdita dei sensi (quasi svenimento-sincope)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI

Hai mai avuto capogiri, vertigini?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che si sarebbe aspettato o superiore rispetto ai compagni di squadra?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o la percezione di qualche battito saltato (battiti irregolari-extrasistoli)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all'esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Un medico le ha mai detto che soffre di qualsivoglia problema cardiaco, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, soffio al cuore, aritmia cardiaca, infezione al cuore nell'ultimo mese (ad esempio miocardite, mononucleosi), crisi convulsiva non spiegabile, febbre reumatica?		NO	SI
Un medico le ha mai detto se soffre di asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che le impediscono di fare sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?		NO	SI
Un medico le ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio elettrocardiogramma (ECG), Holter pressorio/ECG oppure ecocardiogramma?		NO	SI
Soffre di qualche tipo di allergie (per esempio pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?		NO	SI
Ha mai avuto arrossamenti, orticaria oppure eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?		NO	SI
Attualmente sta seguendo qualche cura, usando farmaci (di qualsiasi tipo) su prescrizione medica o "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?		NO	SI
Negli ultimi due anni ha assunto farmaci in maniera costante?		NO	SI



STORIA SPORTIVA

tipo di sport	ruolo/specialità	all'età in anni	all'età in anni	durata allenamento in minuti	numero allenamenti alla settimana	numero competizioni alla settimana

fumo							NO	SI
sigarette al giorno		da anni		età inizio		età fine		

alcool							NO	SI
quantità al giorno		da anni		età inizio		età fine		

stupefacenti							NO	SI
modalità		da anni		età inizio		età fine		

Dichiaro di esser stato informato sulle modalità di esecuzione. Acconsento a sottopormi agli accertamenti previsti per il rilascio del certificato di idoneità agonistica o non agonistica.

Porcia lì

Firma e timbro del medico sportivo	Firma atleta – genitore o chi ne fa le veci
------------------------------------	---