

SOLO RIPOSO

CON SFORZO

Data \_\_\_\_\_

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

SCHEDA ANAMNESTICA

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 grado di parentela \_\_\_\_\_
- Morti improvvise prima dei 40 anni (indicare chi e la causa, se nota) \_\_\_\_\_
- Diabete (indicare chi) \_\_\_\_\_ • Ipertensione (indicare chi) \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Alle visite di idoneità sportiva precedenti le è stato richiesto qualche esame supplementare?  
(Ecocardiogramma, Holter, Test massimale, altro...e per quale motivo)

\_\_\_\_\_

Ha/ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?

- |   |                                    |  |                                       |
|---|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione                         | <input type="checkbox"/> Epilessia | <input type="checkbox"/> Asma                          | <input type="checkbox"/> Allergie     |
| <input type="checkbox"/> Malattie reumatiche                  | <input type="checkbox"/> Polmonite | <input type="checkbox"/> Mononucleosi                  | <input type="checkbox"/> Pneumotorace |
| <input type="checkbox"/> Epatite virale                       | <input type="checkbox"/> Monorene  | <input type="checkbox"/> Monorchide(un solo testicolo) |                                       |
| <input type="checkbox"/> Ipercolesterolemia                   |                                    |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Disturbi psicologici/comportamentali | _____                              |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Altro                                | _____                              |  |                                       |

E' mai svenuto?(sincopi/lipotimie) \_\_\_\_\_ Fuma? \_\_\_\_\_

E' stato operato di:

- |  |   |  |                                |
|--|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tonsillectomia      | <input type="checkbox"/> Adeinoidectomia                        | <input type="checkbox"/> Appendicectomia | <input type="checkbox"/> Ernia |
| <input type="checkbox"/> Meniscectomia DX SX | <input type="checkbox"/> Ricostruzione Legamento Crociato DX SX | <input type="checkbox"/> Varicocele      |                                |
| <input type="checkbox"/> Testicolo ritenuto  |   |  |                                |
| <input type="checkbox"/> Altre operazioni    | _____   |  |                                |

E' stato ricoverato in ospedale per altri motivi? Se si, precisare quando e per quali motivi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha riportato fratture o altri infortuni? Se si, precisare quando e in quale parte del corpo

\_\_\_\_\_

Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? Se si, quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In questo periodo sta seguendo qualche cura?  SI  NO

Se si, 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 do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente.

FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) \_\_\_\_\_

CONSENSO INFORMATO

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva, acconsento volontariamente 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 dolore al petto o di ogni altro sintomo. 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 urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra ed ho ottenuto risposta a ogni mia richiesta o chiarimento.

FIRMA DEL DICHIARANTE (per minorenni firma del tutore) \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_