



ETICHETTA

NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

SPORT PRATICATO: \_\_\_\_\_

ANNO INIZIO ATTIVITÀ AGONISTICA: \_\_\_\_\_ ORE DI ALLENAMENTO SETTIMANALI: \_\_\_\_\_

**MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni).**

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore \_\_\_\_\_  SI  NO

Morte improvvisa \_\_\_\_\_  SI  NO

Ipertensione arteriosa \_\_\_\_\_  SI  NO

Colesterolo alto \_\_\_\_\_  SI  NO

Diabete \_\_\_\_\_  SI  NO

Ictus \_\_\_\_\_  SI  NO

Epilessia \_\_\_\_\_  SI  NO

Malattie Genetiche \_\_\_\_\_  SI  NO

Asma \_\_\_\_\_  SI  NO

**NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**

**In seguito ad una qualsiasi visita medica, le è mai stato riferito/diagnosticato:**

Malattia di cuore \_\_\_\_\_  SI  NO

Aritmie (battiti irregolari) \_\_\_\_\_  SI  NO

Soffio cardiaco \_\_\_\_\_  SI  NO

Colesterolo alto \_\_\_\_\_  SI  NO

Diabete \_\_\_\_\_  SI  NO

Ipertensione arteriosa \_\_\_\_\_  SI  NO

Asma \_\_\_\_\_  SI  NO

Malattia genetica \_\_\_\_\_  SI  NO

Malattia neurologica \_\_\_\_\_  SI  NO

**SOLO PER LE ATLETE DONNE:**

età prima mestruazione: \_\_\_\_\_

età menopausa: \_\_\_\_\_

Soffre di disturbi del ciclo mestruale \_\_\_\_\_  SI  NO

Assume anticoncezionali \_\_\_\_\_  SI  NO

Data ultima mestruazione: \_\_\_\_\_



**Durante la sua vita ha mai accusato (in particolare durante l'attività sportiva) uno dei seguenti sintomi:**

Dolore o senso di costrizione al petto \_\_\_\_\_  SI  NO

Svenimento \_\_\_\_\_  SI  NO

Cardiopalmotachicardia anomala \_\_\_\_\_  SI  NO

Accelerazione improvvisa del battito cardiaco \_\_\_\_\_  SI  NO

Difficoltà respiratoria improvvisa o anomala \_\_\_\_\_  SI  NO

**È mai stata/o sottoposta/o a procedure o esami/accertamenti cardiologici?** \_\_\_  SI  NO

Se SI, quali e per quale motivo? \_\_\_\_\_

**Ha mai avuto uno o più tra i seguenti problemi di salute?**

Fratture \_\_\_\_\_  SI  NO

Distorsioni o lussazioni \_\_\_\_\_  SI  NO

Strappi muscolari \_\_\_\_\_  SI  NO

Dolori forti e prolungati alla schiena \_\_\_\_\_  SI  NO

Traumi cranici \_\_\_\_\_  SI  NO

**Attualmente è seguito dal suo medico curante o da uno specialista per problemi di salute cronici oppure è in fase di accertamento per problemi di salute?** \_\_\_\_\_  SI  NO

Se SI per quale motivo? \_\_\_\_\_

**Attualmente assume farmaci?** \_\_\_\_\_  SI  NO

Se SI, quali e con quale dosaggio? \_\_\_\_\_

**Fuma?** \_\_\_\_\_  SI  NO

Se SI, quante sigarette e da quanti anni : \_\_\_\_\_

**È mai stata/o sottoposta/o a interventi chirurgici?** \_\_\_\_\_  SI  NO

Se SI, quali e quando? \_\_\_\_\_

**È mai stata/o sospesa/o dall'attività sportiva agonistica in seguito alla visita medico-sportiva?** \_\_\_\_\_  SI  NO

Se SI, quando e per quale motivo? \_\_\_\_\_

**È mai stato giudicato NON IDONEO alla pratica di sport agonistico?** \_\_\_\_\_  SI  NO

Se SI, quando e per quale motivo? \_\_\_\_\_

**Quando e dove è stato sottoposta/o alla ultima visita medico-sportiva:** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**

**Il sottoscritto (oppure legale rappresentante se l'atleta è minorenne) dichiara quanto segue:**

- Il questionario è stato compilato in tutte le sue voci
- Quanto compilato nel questionario corrisponde a verità
- Ha informato il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o altro evento patologico contratto nel passato
- Di non avere accertamenti relativi a visite medico-sportive agonistiche in sospeso presso altre strutture sanitarie pubbliche o private

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma dell'atleta o del legale rappresentante