

Servizio di Medicina dello Sport e Riabilitazione Ortopedica

Direttore Responsabile: Dott. Roberto Filippini

Via S. Marco, 121 - VERONA - Tel. 045.601.36.00 - Fax 045.601.39.88 - E-mail medicina.sport@sacrocuore.it

Verona, _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

TI PREGHIAMO DI LEGGERE CON ATTENZIONE E RISPONDERE ALLE DOMANDE

Hai mai ricevuto giudizio di NON IDONEITÀ all'ATTIVITÀ SPORTIVA? NO SI

Hai mai eseguito ACCERTAMENTI SUPPLEMENTARI alla visita medico-sportiva? NO SI

NELLA FAMIGLIA D'ORIGINE DELL'ATLETA (genitori, fratelli, zii, nonni) **CI SONO STATI CASI DI:**

MORTE IMPROVVISA PER MALATTIA CARDIOVASCOLARE NO SI

quale familiare: _____

età decesso: _____

MALATTIE DEL CUORE (cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, Sindrome del QT lungo/corto, S. di Brugada) NO SI

quale familiare: _____

INFARTO CARDIACO NO SI

quale familiare: _____

a quale età: _____

IPERTENSIONE ARTERIOSA NO SI

quale familiare: _____

DISLIPIDEMIA (valori di colesterolo e/o trigliceridi elevati) NO SI

quale familiare: _____

DIABETE NO SI

quale familiare: _____

Altro _____

INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'ATLETA

Hai avuto: **LIPOTIMIE, EPISODI SINCOPALI** (svenimenti, perdita di coscienza) **NO** **SI**
CARDIOPALMO (battito cardiaco accelerato o irregolare) **NO** **SI**
DISPNEA (difficoltà di respiro) **NO** **SI**
DOLORE TORACICO **NO** **SI**

descrivi l'evento _____

FEBBRE REUMATICA **NO** **SI**

EPATITE VIRALE **NO** **SI** Se sì, A, B, C? _____

MONONUCLEOSI **NO** **SI** Se sì, quando? _____

EPILESSIA **NO** **SI** Se sì, che farmaci assunti? _____

DIABETE **NO** **SI** Se sì, che farmaci assunti? _____

ASMA BRONCHIALE **NO** **SI** Se sì, che farmaci assunti? _____

ALLERGIE **NO** **SI** Se sì, che farmaci assunti? _____

MALATTIE CARDIACHE **NO** **SI** Se sì, quale? _____

IPERTENSIONE ARTERIOSA **NO** **SI** Se sì, che farmaci assunti? _____

MALATTIE RENALI **NO** **SI** Se sì, quale? _____

MALATTIE ORMONALI **NO** **SI** Se sì, quale? _____

Altro _____

TRAUMI CRANICI E FRATTURE **NO** **SI** Se sì: _____

INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI **NO** **SI** Se sì: _____

PATOLOGIE IN ATTO **NO** **SI** Se sì: _____

USO ABITUALE DI FARMACI O TERAPIE IN ATTO **NO** **SI** Se sì: _____

Il sottoscritto _____ dichiara di aver informato il medico visitatore riguardo le proprie condizioni psico-fisiche in modo esatto.

Sottoscrive di non essere stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite mediche-sportive e di aver ben compreso il significato delle domande formulate.

Firma dell'atleta maggiorenne o di chi ne fa le veci _____