



AMBULATORIO MEDICO SPORTIVO SANTA CRESCENZA srl

Data

Cognome

Nome

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremo grati se volesse rispondere al seguente questionario:

Dall'ultima visita di idoneità:

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)

**Alle visite di idoneità sportiva precedenti le è stato richiesto qualche esame supplementare?(
ecocardiogramma, holter, test massimale, altro.. per quale motivo)**

Ha / ha avuto qualcuna delle seguenti patologie?

Ipertensione epilessia asma allergie malattie reumatiche

Polmonite mononucleosi pneumotorace apatite virale monorene

monorchide(un solo testicolo) ipercolesterolemia disturbi psicologici/ comportamentali

altro

E' mai svenuto?(sincopi/lipotimie)

Fuma?

E' stato operato di:

tonsillectomia adenoidectomia appendicectomia ernia meniscectomia dx sn

ricostruzione legamento crociato dx sn varicocele testicolo ritenuto

altro operazioni

E' stato operato o 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 quali parti del corpo

Ha praticato esami radiografici o di laboratorio ?`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 avere 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 del 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'uso di alcool.

FIRMA (DEL TUTORE SE MINORE)