

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA

Modulo anamnestico per l'accertamento di idoneità allo sport non agonistico

Cognome _____ Nome _____
nata/o il _____ Sport praticato/i _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (genitori, fratelli/sorelle, nonni)

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

Morte improvvisa _____ SI NO
Malattie di cuore _____ SI NO
Ipertensione arteriosa _____ SI NO
Infarti in giovane età (<55anni) _____ SI NO

Altre malattie: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

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

Malattia di cuore _____ SI NO Asma _____ SI NO
Aritmie (battiti irregolari) _____ SI NO Ipertensione arteriosa _____ SI NO
Colesterolo elevato _____ SI NO Diabete _____ SI NO

Altre malattie: _____

Ha mai accusato (in particolare durante attività fisica):

Svenimenti _____ SI NO Difficoltà respiratoria improvvisa _____ SI NO
Dolore al petto _____ SI NO Palpitazioni/battito cardiaco irregolare _____ SI NO

Assume farmaci? _____ SI NO

Se SI, quali e con quale modalità/dosaggio? _____

Fuma? _____ SI NO

E' mai stato/a sottoposto/a a interventi chirurgici o procedure cardiologiche invasive? _____ SI NO

Se SI, quali e quando?

La/Il sottoscritta/o (genitore o persona munita di delega per i minorenni) dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver compreso il presente questionario in tutte le sue voci, e di avere informato il medico delle sue attuali condizioni psicofisiche e delle sue precedenti malattie.

FIRMA (Genitore/Tutor se minore)

Padova, _____