

**AMBULATORIO MEDICO DI MEDICINA DELLO SPORT**

Albo Reg. Med. Dello Sport B/184

**Dott. Tomasin Pier-Giorgio**

Via della Pieve 14/B – 35010 Borgoricco (PD)

Tel. / Fax 049 9335773 Cell. 3395778473

e-mail: [piergiorgio62pt@gmail.com](mailto:piergiorgio62pt@gmail.com)PEC: [piergiorgio.tomasin@cgn.legalmail.it](mailto:piergiorgio.tomasin@cgn.legalmail.it)**CONSENSO ALLA VISITA ED AGLI ACCERTAMENTI  
DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Questionario da compilare a cura dell'atleta maggiorenne o di uno dei genitori, in caso di atleta minorenni

Cognome e Nome ..... Data di nascita .....

**INFORMAZIONI GENERALI**

Prima visita per l'Idoneità Sportiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Disciplina .....
Rinnovo del certificato per l'Idoneità Sportiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Sempre risultato idoneo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Risultato idoneo dopo accertamenti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Accertamenti praticati e motivo: .....			
In passato è risultato non idoneo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Nell'anno .....
Per quale motivo: .....			

**SPORT PRATICATO A LIVELLO AGONISTICO**

	Iniziato a	Finito a	Livello	Note

**STORIA FAMILIARE (genitori, fratelli, nonni, zii e cugini diretti )**

Hai un membro della famiglia o un parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dei 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato o sindrome della morte improvvisa infantile )	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
<b>Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente (Genitori, Fratelli, Cugini, Zii e Nonni) con</b>		
Inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegati o pre-annegamento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca, o trattato per aritmie cardiache	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Hai un membro della famiglia o un parente affetto da cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica , sindrome di Brugada, sindrome del QT lungo o corto, sindrome di Marfan, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatie congenite	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Cardiopatia ischemica insorta prima dei 55 anni per i maschi e prima dei 65 anni per le femmine	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Iperensione arteriosa, Diabete mellito, Ipercolesterolemia, Asma e malattie allergiche, Malattie respiratorie, neurologiche, del sangue o tumori	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Specificare: .....		

**AMBULATORIO MEDICO DI MEDICINA DELLO SPORT**

Albo Reg. Med. Dello Sport B/184

**Dott. Tomasin Pier-Giorgio**

Via della Pieve 14/B – 35010 Borgoricco (PD)

Tel. / Fax 049 9335773 Cell. 3395778473

e-mail: [piergiorgio62pt@gmail.com](mailto:piergiorgio62pt@gmail.com)

PEC: [piergiorgio.tomasin@cgn.legalmail.it](mailto:piergiorgio.tomasin@cgn.legalmail.it)

**STORIA PERSONALE DELL'ATLETA**

<b>Hai mai avuto una perdita di sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi (lipotimia)</b>			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
<b>Hai mai avuto capogiri o vertigini</b>			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
<b>Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica</b>			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
<b>Hai mai avuto il battito cardiaco troppo accelerato ( palpitazioni, cardiopalmo ) o che salti qualche battito ( battiti irregolari, extrasistoli )</b>			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
<b>Hai mai avuto il fiato corto ( affanno ) o fatica eccessiva più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni</b>			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico
<b>Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, dispnea, fischi, tosse, costrizione toracica)</b>			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Dopo sforzo fisico	<input type="checkbox"/>	Non correlato all'esercizio fisico

<b>Sei affetto dalle seguenti patologie</b>				
Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Colesterolo elevato o altre dislipidemie	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Diabete Mellito Tipo 1	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Diabete Mellito Tipo 2	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Malattie del Cuore	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....	
Infezioni al Cuore(miocardite, pericardite)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....	
Crisi convulsive inspiegate	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Epilessia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Allergie (pollini, polveri, insetti, cibi, farmaci, etc... )	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio/sforzi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'apparato muscolo-scheletrico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Specificare: .....	
Lesioni muscolari: strappi, stiramenti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Lesioni di ligamenti o menischi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Distorsioni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Fratture	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Scoliosi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Hai usato busti o ginnastica correttiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'apparato neurologico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....	
Ictus	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Traumi cranici maggiori	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....	
Asma bronchiale o bronchite asmatica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Polmoniti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'apparato ORL	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Otiti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Sinusiti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Tonsilliti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Malattie del sangue	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....	
Anemia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Emofilia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Malattie del Fegato	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....	
Malattie dei Reni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....	
Malattie della Tiroide	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....	
Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		

**AMBULATORIO MEDICO DI MEDICINA DELLO SPORT**

Albo Reg. Med. Dello Sport B/184

**Dott. Tomasin Pier-Giorgio**

Via della Pieve 14/B – 35010 Borgoricco (PD)

Tel. / Fax 049 9335773 Cell. 3395778473

e-mail: [piergiorgio62pt@gmail.com](mailto:piergiorgio62pt@gmail.com)

PEC: [piergiorgio.tomasin@cgn.legalmail.it](mailto:piergiorgio.tomasin@cgn.legalmail.it)

Ev. uso di occhiali	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Ev. uso di lenti a contatto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'occhio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si			
Malattie infettive nell'ultimo mese	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	.....		
Epatite A , B o C	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Mononucleosi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
<b>Vaccinazioni</b>					
Vaccinazione Antitetanica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Data ultimo richiamo .....		
<b>Interventi chirurgici</b>					
Tonsillectomia	<input type="checkbox"/>	Adenoidectomia	<input type="checkbox"/>	Appendicectomia	<input type="checkbox"/>
				Ernia discale	<input type="checkbox"/>

**TERAPIE FARMACOLOGICHE**

Negli ultimi 2 anni hai preso farmaci in modo costante .....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Attualmente stai usando farmaci ( pillole o bustine per os , inalatori o fiale per via intramuscolo o sottocutanea ) o prodotti di erboristeria su prescrizione medica o “da banco”.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

**ALTRE NOTIZIE**

Professione.....	Esposto a rischi	Da anni.....
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Numero di sigarette al giorno .....
Data di inizio.....		Data di fine.....
Alcol (vino, birra, superalcolici )	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Quantità al giorno.....
Data di inizio.....		Data di fine.....
Integratori	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Specificare.....
Sostanze dopanti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Specificare.....
Stupefacenti	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Specificare.....

**Per le ragazze/donne in età fertile :**

Cicli mestruali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Regolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Età prima mestruazione .....		Data ultima mestruazione .....	
Soffri di disturbi del ciclo ( mestruazioni frequenti, dolorose o con perdite abbondanti )		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Assumi anticoncezionali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		

Note.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

firma dell'atleta se maggiorenne o del genitore

\_\_\_\_\_

firma del medico