

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.comPEC: 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 |
| Hai un qualsiasi membro della famiglia o un parente (Genitori, Fratelli, Cugini, Zii e Nonni) con | | |
| 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

PEC: piergiorgio.tomasin@cgn.legalmail.it

STORIA PERSONALE DELL'ATLETA

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Hai mai avuto una perdita di sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi (lipotimia) | | | <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 |
| Hai mai avuto capogiri o vertigini | | | <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 |
| Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica | | | <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 |
| Hai mai avuto il battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari, extrasistoli) | | | <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 |
| Hai mai avuto il fiato corto (affanno) o fatica eccessiva più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni | | | <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 |
| Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, dispnea, fischi, tosse, costrizione toracica) | | | <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 |

| Sei affetto dalle seguenti patologie | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| 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

PEC: 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 |
| Vaccinazioni | | | | | |
| Vaccinazione Antitetanica | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | Data ultimo richiamo | | |
| Interventi chirurgici | | | | | |
| 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