

## QUESTIONARIO PER IDONEITÀ SPORTIVA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Attività per cui è richiesta la visita \_\_\_\_\_ Anni di attività sportiva \_\_\_\_\_  
 Per quante ore la settimana si sta allenando? \_\_\_\_\_

### Malattie riguardanti la famiglia (genitori, fratelli, sorelle, figli)

Arresto cardiaco in un giovane	SI	NO	Ipertensione	SI	NO
Morte improvvisa inspiegabile	SI	NO	Diabete	SI	NO
Malattia di cuore	SI	NO	Altro:	SI	NO
Ictus	SI	NO	_____		

### Notizie riguardanti l'atleta

#### **Un medico le ha mai diagnosticato/riferito le seguenti condizioni:**

Malattia di cuore	SI	NO	Ipertensione arteriosa	SI	NO
Aritmia cardiaca	SI	NO	Malattia vascolare (arteriopatia)	SI	NO
Soffio cardiaco	SI	NO	Colesterolo aumentato	SI	NO
Insufficienza renale	SI	NO	Diabete	SI	NO, da quanti anni? ____

Altre malattie: \_\_\_\_\_

Assume farmaci regolarmente SI NO Quali: \_\_\_\_\_  
 E' fumatore/fumatrice SI NO

#### **Ha mai accusato a riposo o durante l'attività fisica:**

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

È mai stato giudicato NON IDONEO all'attività sportiva? SI NO

**E' mai stato/a sottoposto/a a interventi chirurgici?** SI NO, se sì quali?

Il/La sottoscritto/a (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.

**Luogo e data:**

FIRMA  
(Firma del Genitore per i minorenni)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_