


**IL PRESENTE QUESTIONARIO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE
 E FIRMATO DA UN GENITORE PER I MINORI DI ANNI 18.**

Cognome e Nome _____ nato il _____

Vaccinazione Antitetanica – ultimo richiamo data _____

MALATTIE O CAUSA DI DECESSO DEI PARENTI (genitori, nonni, fratelli, zii, cugini) (barrare le caselle)
 Malattie del Cuore (infarto, angina aritmie, malattie delle valvole Pressione alta
 Diabete Tumori Iper/ipotiroidismo
 Morti improvvise Paralisi, ictus cerebrali Obesità,
 Asma o allergie Malattie ereditarie Calcoli Altro
NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA (INDICARE il sintomo con una X e poi barrate le caselle sotto)

 Hai mai avuto qualcuno di questi disturbi: **malessere, svenimento, dolore al torace, vertigini, difficoltà respiratoria (affanno), eccessiva stanchezza sproporzionata all'esercizio fisico, palpitazioni, cuore che batte irregolare**

 Sì, attualmente

 NO, mai

 IN PASSATO

 Durante o dopo esercizio-sforzo fisico

 Non correlato all'esercizio-sforzo fisico
MALATTIE DELL'ATLETA PASSATE E/O PRESENTI (barrare le caselle)

<input type="checkbox"/> Malattie dell'infanzia	<input type="checkbox"/> Malattie di cuore, aritmie	<input type="checkbox"/> Diabete mellito
<input type="checkbox"/> Malattie di orecchio, naso o gola	<input type="checkbox"/> Soffio al Cuore	<input type="checkbox"/> Epilessia
<input type="checkbox"/> Malattie di bronchi o polmoni	<input type="checkbox"/> Malattie intestinali	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Allergia / Asma / Eczema	<input type="checkbox"/> Malattie del fegato	<input type="checkbox"/> Enuresi (pipì a letto)
<input type="checkbox"/> Lussazione anca	<input type="checkbox"/> Malattie della tiroide	<input type="checkbox"/> Alterazioni mestruali
<input type="checkbox"/> Scoliosi /dorso curvo	<input type="checkbox"/> Calcoli	<input type="checkbox"/> Trauma cranico
<input type="checkbox"/> Piedi piatti o alterato appoggio	<input type="checkbox"/> Colesterolo alto	<input type="checkbox"/> Traumi muscolari
<input type="checkbox"/> Malattie ereditarie	<input type="checkbox"/> Tumori	<input type="checkbox"/> Fratture, distorsioni
<input type="checkbox"/> Disturbi della vista	<input type="checkbox"/> Malattie renali. Monorene	<input type="checkbox"/> Altro

Hai avuto ricoveri o Interventi chirurgici in Ospedali o Case di Cura? NO SI Se sì, per cosa e quando _____

Attualmente fai uso di:

 Busto correttivo Rialzo o plantari Protesi Ginnastica correttiva
 Occhiali o lenti a contatto per: miopia ipermetropia astigmatismo strabismo

 FARMACI Quali e per quale motivo? _____

 Integratori Alcolici, vino, birra Sigarette sostanze stupefacenti Altro

 Il sottoscritto _____ genitore di _____
 dichiara sotto la propria responsabilità di aver informato il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti, di aver fornito notizie complete e veritiere e di non essere mai stato dichiarato non idoneo all'attività agonistica, e di non avere in corso sospensioni o di in attesa di giudizio da parte di un altro Ambulatorio di Medicina dello Sport. Consente all'uso dei dati personali secondo l'art.n. 23 D.Lgs 196/03.

Data _____

Firma del genitore o tutore _____