ERGOMEDICA

VISITE DI MEDICINA DELLO SPORT

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

Nome e Cognome_____Età _____

Sport per cui si richiede il certificato_____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, 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	Colesterolo alto	SI	NO
Altre malattie del cuore	SI	NO	Diabete	SI	NO
Ipertensione	SI	NO	Ictus	SI	NO
Malattie polmonari	SI	NO	Altro di rilievo	SI	NO

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

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

Malattia del cuore	SI	NO	Soffio al cuore	SI	NO
Aritmie (battiti irregolari)	SI	NO	Ipertensione	SI	NO

Durante la sua vita ha mai accusato:

Dolore o costrizione al petto	SI	NO	
Svenimenti	SI	NO	
Cardiopalmo-Tachicardia	SI	NO	
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	SI	NO	
Durante e/o dopo lo sforzo fisico ha mai accusato: Difficoltà respiratoria	SI	NO	
E' mai stato sottoposto ad accertamenti cardiologici?	SI	NO	Se SI, quali e per quale motivo?:

MALATTIE DELL'ATLETA:

Cuore	SI	NO	Reni e vie urinarie	SI	NO
Sangue	SI	NO	Apparato digerente	SI	NO
Polmoni e vie respiratorie	SI	NO	Sistema nervoso	SI	NO

Attualmente assume medicine? ***SI*** ***NO*** **se** ***SI, quali e con quale modalità/dosaggio?***

E' mai stato/a sottoposta/o a interventi chirurgici? ***SI (indicare quali)*** ***NO***

☐ ***DICHIARO il mio consenso al trattamento dei dati, personali, sensibili e genetici, per le prestazioni attuali e future.***

_____

FIRMA DELL'ATLETA

(Firma del Genitore o tutore per i minorenni)

Luogo e data _____ _____