

La visita che effettuerete presso il nostro centro, ci consentirà di stabilire l' idoneità alla pratica sportiva agonistica o non agonistica.

È indispensabile la Vostra collaborazione nel compilare il seguente modulo in modo attento e scrupoloso, onde evitare omissioni, che potrebbero compromettere il nostro giudizio alla pratica dello sport prescelto.

Il documento ha validità medico legale.

Cognome e Nome.....

Luogo di nascita..... Data di nascita..... Età compiuta.....

Indirizzo..... Città..... Telefono.....

Documento d'identità N°..... Codice fiscale.....

Attività lavorativa..... E. mail.....

Società sportiva..... Sport principale.....

Praticato da anni..... N° allenamenti settimanali..... N° ore al giorno.....

Fumo: NO  SI  (n° sigarette al dì.....)

Alcolici: Abituale  Saltuariamente  Mai  - Quali? Birra  Vino  Superalcolici

Per le donne: Età prima mestruazione..... Data ultimo ciclo.....

### MALATTIE DELLA FAMIGLIA DELL'ATLETA

Hai un membro della famiglia deceduto per morte improvvisa prima di 50 anni? NO  SI

Hai un membro della famiglia con inspiegabili svenimenti o sincope? NO  SI

Ci sono malattie cardiache in famiglia? (es. aritmia, infarto, intervento chirurgico al cuore)? NO  SI

Altre malattie della famiglia (es. ipertensione, diabete, ecc.) NO  SI

### MALATTIE DELL'ATLETA

Nel corso degli ultimi 2 mesi hai avuto un calo improvviso delle prestazioni atletiche? NO  SI

Hai mai avuto perdita di sensi (quasi svenimento, lipotimia, o sincope)? NO  SI

In caso affermativo è successo durante o dopo esercizio fisico? NO  SI

Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato a riposo o irregolare? NO  SI

Hai mai avuto dolore al torace oppressione o costrizione toracica? NO  SI

Ti hanno mai detto che hai un soffio al cuore? NO  SI

Hai mai fatto accertamenti cardiologici approfonditi Ecocardiogramma Holter o altri? NO  SI

Soffri di allergie? NO  SI  a cosa?.....

Usi abitualmente farmaci? NO  SI  quali?.....

Iperensione Arteriosa NO  SI  Diabete NO  SI

Ipercolesterolemia NO  SI  Aritmia cardiaca NO  SI

Malattie cardiache NO  SI  Asma /Malattie respiratorie NO  SI

Epilessia /Convulsioni NO  SI  Malattie ortopediche NO  SI

Altre malattie NO  SI  quali?.....

Hai mai avuto ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici? Specifica.....

Hai mai avuto traumi cranici fratture o infortuni? Specifica.....

Il sottoscritto afferma di aver dichiarato il vero circa le proprie condizioni psico-fisiche, di non essere mai stato dichiarato non idoneo alle precedenti visite, che non ha in corso sospensioni né si trova in attesa di giudizio di idoneità da parte di altro centro. Dichiara inoltre di non far uso di droghe, sostanze illecite o dopanti. Rilascia la propria autorizzazione a effettuare la visita.

Data..... Firma leggibile dell'atleta o del genitore.....

PER LA TUTELA DELLA VOSTRA SALUTE, PUÒ CAPITARE, CHE IL MEDICO RICHIEDA ULTERIORI ACCERTAMENTI PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE.