



POLIAMBULATORIO BUSTESE SRL

Data \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nome(atleta) \_\_\_\_\_

Allo scopo di rendere più completo e sicuro il giudizio di idoneità all'attività sportiva, Le saremmo grati se volesse **RISPONDERE AL SEGUENTE QUESTIONARIO**

**In famiglia (genitori, fratelli o sorelle, zii, nonni) qualcuno soffre o ha sofferto di:**

Malattie cardiache (infarti, aritmie, malformazioni, sindrome di Brugada, valvulopatie, QT lungo ecc)

Indicare quale patologia e grado di parentela \_\_\_\_\_

Morti improvvise prima dei 60 anni (indicare chi e la causa se nota) \_\_\_\_\_

Diabete(indicare chi) \_\_\_\_\_ Ipertensione (indicare chi) \_\_\_\_\_

**Alle visite di idoneità sportive precedenti è (se ne ha effettuate) le è stato richiesto qualche esame supplementare?**  
(ecocardiogramma, Holter, test massimale, altro... e per quale motivo?) \_\_\_\_\_

**Ha/ ha avuto alcune delle seguenti patologie?**

Ipertensione	epilessia	asma	allergie
Malattie reumatiche	polmonite	mononucleosi	pneumotorace
epatite virale	monorene	monorchide(un solo testicolo)	ipercolesterolemia

disturbi psicologici comportamentali \_\_\_\_\_

Altri: \_\_\_\_\_

**È mai svenuto?**  
(sincopi/lipotimia) \_\_\_\_\_

**Fuma?** \_\_\_\_\_

**È stato operato di:**

Tonsillectomia	adenoidectomia	Appendicectomia	ernia
Meniscectomia dx sin	ricostruzione legamento crociato dx sin		
Varicocele	testicolo ritenuto		

Altre operazioni \_\_\_\_\_

È stato ricoverato in ospedale per altri motivi? **Se sì, precisare quando e per quali motivi**

\_\_\_\_\_

Ha riportato fratture o altri infortuni? **Se sì, precisare quando e in quale parte del corpo**

\_\_\_\_\_

Ha praticato esami radiografici o di laboratorio nell'ultimo anno? **Se sì, quali**

\_\_\_\_\_

In questo periodo sta seguendo qualche cura? **SI**                      **NO**

Se sì, quali farmaci sta prendendo e per quale motivo

---

---

**DICHIARAZIONE**

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non: essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

(del genitore se minorenne)

**CONSENSO INFORMATO**

Allo scopo di accertare la mia idoneità alla pratica sportiva , acconsento ad essere sottoposto al **test da sforzo al cicloergometro**. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame e sono stato visitato da un medico il quale ha accertato che non sussistono controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di sintomi. Sono a conoscenza che il test, in rari casi, può fare insorgere problemi potenzialmente gravi e pericolosi, ma anche che il personale e le apparecchiature necessarie per fronteggiare qualsiasi emergenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso chiaramente quanto sopra e ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

(del genitore se minorenne)

Il medico \_\_\_\_\_