

SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVAModulo anamnestico per l'accertamento di idoneità allo sport **non agonistico**

Cognome _____ Nome _____

nata/o il _____

Sport praticato/i _____ Ore settimanali _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA (genitori, fratelli/sorelle, 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	Diabete	SI	NO
Malattie di cuore _____	SI	NO	Colesterolo elevato	SI	NO
Infarti in giovane età (<55anni) _____	SI	NO	Ipertensione arteriosa	SI	NO

Altre malattie: _____

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA**In seguito ad una visita medica, le è mai stato riferito/diagnosticato:**

Malattia di cuore	SI	NO	Asma	SI	NO
Aritmie (battiti irregolari)	SI	NO	Ipertensione arteriosa	SI	NO
Colesterolo elevato	SI	NO	Diabete	SI	NO
Allergie	SI	NO			

Altre malattie: _____

Ha mai accusato (in particolare durante attività fisica):

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

Assume farmaci? SI NO

Se SI, quali e con quale modalità/dosaggio? _____

Fuma? SI NO**E' mai stato/a sottoposto/a a interventi chirurgici o procedure cardiologiche invasive?** SI NOSe SI, quali e quando?

La/Il sottoscritta/o (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.

FIRMA (Genitore/Tutor se minore)

Mestre, _____
