



SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA

NOME E COGNOME: _____
LUOGO E DATA DI NASCITA: _____
SPORT PRATICATO: _____ PESO: _____
ORE DI ALLENAMENTO SETTIMANALI: _____ ALTEZZA: _____

MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA DELL'ATLETA (genitori, fratelli, nonni, zii, cugini).

Nella sua famiglia, c'è qualcuno che è stato colpito da uno o più tra i seguenti problemi di salute:

Malattie di cuore	_____	☐ SI	☐ NO
Morte improvvisa al di sotto dei 55 anni	_____	☐ SI	☐ NO
Iperensione arteriosa	_____	☐ SI	☐ NO
Colesterolo alto	_____	☐ SI	☐ NO
Diabete	_____	☐ SI	☐ NO
Ictus	_____	☐ SI	☐ NO
Epilessia	_____	☐ SI	☐ NO
Malattie Genetiche	_____	☐ SI	☐ NO
Asma	_____	☐ SI	☐ NO

NOTIZIE RIGUARDANTI L'ATLETA

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

Malattia di cuore	_____	☐ SI	☐ NO
Aritmie (battiti irregolari)	_____	☐ SI	☐ NO
Soffio cardiaco	_____	☐ SI	☐ NO
Colesterolo alto	_____	☐ SI	☐ NO
Diabete	_____	☐ SI	☐ NO
Iperensione arteriosa	_____	☐ SI	☐ NO
Asma	_____	☐ SI	☐ NO
Malattia genetica	_____	☐ SI	☐ NO
Malattia neurologica	_____	☐ SI	☐ NO

SOLO PER LE ATLETE DONNE:

Soffre di disturbi del ciclo mestruale	_____	☐ SI	☐ NO
Assume anticoncezionali	_____	☐ SI	☐ NO
Data ultima mestruazione	_____		

Durante la sua vita ha mai accusato (in particolare durante l'attività sportiva) uno dei seguenti sintomi:

Dolore o senso di costrizione al petto	_____	☐ SI	☐ NO
Svenimento	_____	☐ SI	☐ NO
Palpitazioni o tachicardia anomala	_____	☐ SI	☐ NO
Accelerazione improvvisa del battito cardiaco	_____	☐ SI	☐ NO
Difficoltà respiratoria improvvisa o anomala	_____	☐ SI	☐ NO

È mai stata/o sottoposta/o a procedure o esami/accertamenti cardiologici (ecografia cardiaca, ecografia dei tronchi sovra- aortici, elettrocardiogramma delle 24 ore, risonanza magnetica cardiaca o altre procedure invasive diagnostiche)?

☐ SI ☐ NO

Se SI, quali e per quale motivo?

Ha mai avuto uno o più tra i seguenti problemi di salute?

Fratture _____ ☐ SI ☐ NO
Distorsioni o lussazioni _____ ☐ SI ☐ NO
Traumi cranici _____ ☐ SI ☐ NO

Attualmente è seguito dal suo medico curante o da uno specialista per problemi di salute cronici oppure è in fase di accertamento per problemi di salute? _____ ☐ SI ☐ NO
Se SI, per quale motivo? _____

Attualmente assume farmaci? _____ ☐ SI ☐ NO

Se SI, quali e con quale dosaggio? _____

Fuma? _____ ☐ SI ☐ NO

È mai stata/o sottoposta/o a interventi chirurgici? _____ ☐ SI ☐ NO

Se SI, quali e quando? _____

È mai stata/o sospesa/o dall'attività sportiva in seguito alla visita medico-sportiva? _____ ☐ SI ☐ NO

Se SI, quando e per quale motivo? _____

È mai stato giudicato NON IDONEO alla pratica di sport agonistico o non agonistico? _____ ☐ SI ☐ NO

Se SI, quando e per quale motivo? _____

Quando e dove è stato sottoposta/o alla ultima visita medico-sportiva: _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto (oppure legale rappresentante se l'atleta è minorenne) dichiara quanto segue:

- ***Il questionario è stato compilato in tutte le sue voci***
- ***Quanto compilato nel questionario corrisponde a verità***
- ***Ha informato il medico delle sue attuali condizioni di salute fisica e mentale e di qualsiasi altra malattia, trauma o altro evento patologico contratto nel passato***
- ***Di non avere accertamenti relativi a visite medico-sportive agonistiche in sospeso presso altre strutture sanitarie pubbliche o private***

DATA ____ / ____ / ____

Firma del paziente o del legale rappresentante