

QUESTIONARIO PER L'ATLETA MINORENNE NON ACCOMPAGNATO DA UN GENITORE

COGNOME: _____ NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

A - Storia familiare dell'atleta:

Ha un qualsiasi membro della famiglia o parente che:

- | | | |
|---|----|----------------|
| · è morto per problemi cardiaci prima dei 50 anni | SI | NO |
| · ha inspiegabili svenimenti | SI | NO |
| · ha ipertensione arteriosa (pressione alta) | SI | NO |
| · ha malattie del cuore | SI | NO Quali _____ |
| · ha malattie respiratorie | SI | NO Quali _____ |
| · ha il diabete | SI | NO |

B – Storia personale dell'atleta:

- | | | |
|------------------------------|----|----------------|
| · Il parto è stato naturale? | SI | NO |
| Complicanze | SI | NO Quali _____ |

· Di quali malattie ha sofferto nell'infanzia?

- | | | | | | |
|--------------|----|----|--------------|----|----|
| Morbillo | SI | NO | Varicella | SI | NO |
| Rosolia | SI | NO | Parotite | SI | NO |
| Mononucleosi | SI | NO | Toxoplasmosi | SI | NO |
- Ha mai avuto perdita dei sensi, svenimento? SI NO
- Ha mai avuto dolore o pressione al torace? SI NO
- Ha mai avuto problemi respiratori, difficoltà nel respiro? SI NO
- Ha qualche allergia? (es. pollini, cibi, medicine, etc) SI NO Quali _____
- Soffre di asma allergica? SI NO
- Ha il diabete? SI NO
- Ha sofferto o soffre di epilessia? SI NO
- Soffre o ha sofferto di altre malattie? SI NO Quali _____
- Attualmente assume farmaci? SI NO Quali _____
- Ha avuto ricoveri in ospedale? SI NO Per cosa _____

· Ha avuto infortuni? SI NO Quali _____

· Ha fatto degli esami al cuore? (ecografia, holter, etc) SI NO Se si, allegare fotocopie referti.

Io sottoscritto _____ in qualità di genitore/tutore di _____ consento volontariamente di sottoporre mio figlio/a alla visita medico sportiva dove verrà effettuato un test ergometrico.

Tra i vari esami vi sarà l'esecuzione della spirometria, di un elettrocardiogramma a riposo e successivamente di un test da sforzo o su gradino (step test) o al cicloergometro, il quale gradualmente aumenterà la mia fatica fino alla comparsa di alcuni sintomi, quali affaticamento, affanno, dolori alle gambe od al petto, o fino a quando il medico non riterrà opportuno interromperlo; durante questa prova la frequenza cardiaca, la pressione e l'elettrocardiogramma saranno tenuti sotto controllo.

Dichiaro inoltre di aver informato esattamente il medico delle attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni di mio figlio/a e che non è mai stato dichiarato non idoneo, non ha in corso sospensioni o ne è in attesa di giudizio da parte di altro Centro di Medicina dello Sport.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Allegare delega e fotocopia del documento di identità del genitore dichiarante.