

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) referti.	SI	NO Se si, allegare fotocopie
--	----	------------------------------

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 genitore _____



DELEGA PER MINORI NON ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE

Io sottoscritto/a _____

nella qualità di genitore di _____

delego il/la signor/ra _____

ad accompagnare mio figlio/a alla visita medico sportiva ed apporre la propria firma sulla "scheda di valutazione medico sportiva".

In fede

- **Allegare questionario e fotocopia del documento di identità**
- **Il Delegato deve essere maggiorenne e dovrà essere munito di un documento in corso di validità**