



Verona, .....

COGNOME.....

NOME.....

DATA NASCITA.....

**Ti PREGHIAMO di LEGGERE con ATTENZIONE e RISPONDERE alle DOMANDE**

**Hai mai ricevuto giudizio di NON IDONETA' all'ATTIVITA' SPORTIVA? NO  SI**

**Hai mai eseguito ACCERTAMENTI SUPPLEMENTIVI alla visita medico-sportiva? NO  SI**

**👉 Nella FAMIGLIA d'ORIGINE dell'ATLETA (genitori, fratelli, zii, nonni) ci sono stati CASI di:**

**MORTE IMPROVVISA per MALATTIA CARDIOVASCOLARE NO  SI**

quale familiare:.....

età decesso:.....

**MALATTIE del CUORE** (*cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, Sindrome del QT lungo/corto, S. di Brugada*): **NO  SI**

quale familiare.....

**INFARTO CARDIACO NO  SI**

quale familiare.....

a quale età .....

**IPERTENSIONE ARTERIOSA NO  SI**

quale familiare.....

**DISLIPIDEMIA** (valori di colesterolo e/o trigliceridi elevati) **NO  SI**

quale familiare.....

**DIABETE NO  SI**

quale familiare.....

ALTRO.....

.....

.....

## INFORMAZIONI riguardanti l'ATLETA

Hai avuto: **LIPOTIMIE, EPISODI SINCOPIALI** (svenimento, perdita di coscienza)

**CARDIOPALMO** (battito cardiaco accelerato o irregolare), **DISPNEA** (difficolta' di respiro),

**DOLORE TORACICO**      **NO**     **SI**

descrivi l'evento.....

**FEBBRE REUMATICA**                      **NO**     **SI**

**EPATITE VIRALE**                        **NO**     **SI**     Se sì: A, B, C?

**MONONUCLEOSI**                        **NO**     **SI**     Se sì, quando?.....

**EPILESSIA**                                **NO**     **SI**     Se sì, che farmaci assumi?.....

**DIABETE**                                 **NO**     **SI**     Se sì, che farmaci assumi?.....

**ASMA BRONCHIALE**                      **NO**     **SI**     Se sì, che farmaci assumi?.....

**ALLERGIE**                                **NO**     **SI**     Se sì, che farmaci assumi?.....

**MALATTIE CARDIACHE**                    **NO**     **SI**     Se sì, quale?.....

**IPERTENSIONE ARTERIOSA**               **NO**     **SI**     Se sì, che farmaci assumi?.....

**MALATTIE RENALI**                       **NO**     **SI**     Se sì, quale?.....

**MALATTIE ORMONALI**                    **NO**     **SI**     Se sì, quale?.....

ALTRO.....

**TRAUMI CRANICI E FRATTURE**            **NO**     **SI**     Se Sì:.....

**INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI**    **NO**     **SI**     Se Sì:.....

**PATOLOGIE IN ATTO**                    **NO**     **SI**     Se Sì:.....

**USO ABITUALE DI FARAMACI o TERAPIA IN ATTO**    **NO**     **SI**     Se Sì .....

Il sottoscritto.....dichiara di aver informato il medico visitatore riguardo le proprie condizioni psico-fisiche in modo esatto. Sottoscrive di non essere stato dichiarato NON IDONEO in precedenti visite medico-sportive e di aver ben compreso il significato delle domande formulate. Esprime inoltre, ai sensi dell'attuale legge sulla Privacy (D.Lgs n° 196/2003), il consenso a trattare i propri dati personali e sensibili per le finalità connesse alla propria richiesta di idoneità alla pratica sportiva.  
FIRMA DELL'ATLETA O DI CHI NE FA LE VECI.....