

CENTRO DI MEDICINA SPORTIVA s.r.l.

23824 DERVIO (L.C) - Via P.G. Rubini, 11
Tel. 0341 850 884 - Fax 0341 806 752 -
Legalmente riconosciuto D.P.G.R. N. 8818 del 25-5-87 ed accreditato
Reg. Imprese Lecco, Codice Fiscale e Partita IVA: 01620970135
Cap. Soc. Euro 10.000,00 i.v.

QUESTIONARIO PER L'ATLETA MINORENNE NON ACCOMPAGNATO DA UN GENITORE

COGNOME: _____ NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

A - Storia familiare:

Hai 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:

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

- Di quali malattie hai sofferto nell'infanzia?

Morbillo	SI	NO	Varicella	SI	NO
Rosolia	SI	NO	Parotite	SI	NO
Mononucleosi	SI	NO	Toxoplasmosi	SI	NO

- Hai mai avuto perdita dei sensi, svenimento? SI NO
- Hai mai avuto dolore o pressione al torace? SI NO
- Hai mai avuto problemi respiratori, difficoltà nel respiro? SI NO
- Hai qualche allergia? (es. pollini, cibi, medicine, etc) SI NO Quali? _____
- Soffri di asma allergica? SI NO
- Hai il diabete? SI NO
- Hai sofferto o soffri di epilessia? SI NO
- Soffri o hai sofferto di altre malattie? SI NO Quali? _____
- Attualmente assumi farmaci? SI NO Quali? _____
- Hai avuto ricoveri in ospedale? SI NO Per cosa? _____

- Hai avuto infortuni? SI NO Quali? _____

- Hai 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 effettuato per tre minuti su uno scalino di appropriata altezza ed infine un esame delle urine. Se necessario sarà
sottoposto ad ulteriore test ergometrico 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 il polso, 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, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da
parte di altro Centro.

Data _____

Firma del dichiarante _____