

Questionario da compilare a cura dell'atleta maggiorenne o da un genitore, in caso di atleta minorenni

COGNOME e NOME _____ Data di nascita _____
 Luogo di nascita _____ Mail _____
 Residente in _____ Via _____ Tel _____

INFORMAZIONI GENERALI

Prima visita per l'Idoneità Sportiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Disciplina: _____
Rinnovo del certificato per l'Idoneità Sportiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Disciplina: _____
È risultato NON IDONEO all'ATTIVITÀ AGONISTICA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Disciplina: _____
Per il seguente motivo clinico: Eventuali accertamenti eseguiti (esempio: ecografia cardiaca, ECG Holter, esami laboratorio, radiografia, Risonanza cardiaca, ecc.):			

STORIA FAMILIARE (genitori, fratelli, nonni, zii e cugini diretti)

Familiare con o che abbia sofferto di problemi cardiaci (esempio: infarto, angina, aritmia, pacemaker, defibrillatore, trapianto di cuore, ecc) oppure sia morto improvvisamente e inaspettatamente prima dei 50 anni (anche morte in culla)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Familiare con cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, cardiomiopatia dilatativa o ipertrofica, sindrome di Brugada, di Marfan, del QT lungo o corto, tachicardia ventricolare polimorfa, cardiopatie congenite	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Familiare con Iperensione arteriosa, Diabete mellito, Ipercolesterolemia, Asma e malattie allergiche, Malattie respiratorie, neurologiche, del sangue o tumori	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Specificare: _____		

STORIA PERSONALE DELL'ATLETA

COVID-19 No Si quando? _____

Hai mai avuto una perdita di sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi (lipotimia)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico <input type="checkbox"/> Dopo sforzo fisico <input type="checkbox"/> Non correlato all'esercizio fisico <input type="checkbox"/>		
Hai mai avuto capogiri o vertigini	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico <input type="checkbox"/> Dopo sforzo fisico <input type="checkbox"/> Non correlato all'esercizio fisico <input type="checkbox"/>		
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico <input type="checkbox"/> Dopo sforzo fisico <input type="checkbox"/> Non correlato all'esercizio fisico <input type="checkbox"/>		
Hai mai avuto il battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o irregolare	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico <input type="checkbox"/> Dopo sforzo fisico <input type="checkbox"/> Non correlato all'esercizio fisico <input type="checkbox"/>		
Hai mai avuto il fiato corto (affanno) o fatica eccessiva più di quello che ti aspettavi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico <input type="checkbox"/> Dopo sforzo fisico <input type="checkbox"/> Non correlato all'esercizio fisico <input type="checkbox"/>		
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, dispnea, fischi, tosse, costrizione toracica)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante sforzo fisico <input type="checkbox"/> Dopo sforzo fisico <input type="checkbox"/> Non correlato all'esercizio fisico <input type="checkbox"/>		

Sei affetto o hai sofferto dalle seguenti patologie:

Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Colesterolo elevato o altre dislipidemie	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Diabete Mellito Tipo 1	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Diabete Mellito Tipo 2	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Malattie del Cuore	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si			
Infezioni al Cuore (miocardite, pericardite)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si			
Crisi convulsive o epilessia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Allergie (pollini, polveri, farmaci, ecc.)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Arrossamenti, orticaria o eruzione cutanee durante o dopo esercizio/sforzi				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'apparato muscolo/scheletrico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Eventuale so di occhiali/lenti a contatto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Lesione muscolare/Distorsione/Fratture	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Piede piatto/Cavo/Plantari	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Scoliosi/Dorso curvo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Hai usato busti o ginnastica correttiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'apparato neurologico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Traumi cranici maggiori	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ictus	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Malattie dell'occhio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Malattie della Tiroide	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Asma bronchiale o bronchite asmatica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Malattie del Fegato/Epatiti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Malattie dell'apparato ORL	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Malattie dei Reni	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Sinusiti/Tonsilliti/Otiti	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Mononucleosi	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si			

Vaccinazioni			
Vaccinazione Antitetanica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Data ultimo richiamo _____
Interventi chirurgici			
Tonsillectomia <input type="checkbox"/>	Adenoidectomia <input type="checkbox"/>	Appendicectomia <input type="checkbox"/>	Ernia (discale, inguinale, ombelicale, ecc) <input type="checkbox"/>

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Negli ultimi 2 anni hai preso farmaci in modo costante _____

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
-----------------------------	-----------------------------

Attualmente stai usando farmaci (pillole o bustine per os, inalatori o fiale per via intramuscolo o sottocutanea) o prodotti di erboristeria su prescrizione medica o "da banco"?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
-----------------------------	-----------------------------

Se sì, quali? _____

ALTRE NOTIZIE

Professione _____ Esposto a rischi _____ Da anni _____

Fumo No Si Numero di sigarette al giorno _____

Data di inizio _____ Data di fine _____

Alcol (vino, birra, superalcolici) No Si Quantità al giorno _____

Data di inizio _____ Data di fine _____

Integratori No Si Specificare _____

Sostanze dopanti No Si Specificare _____

Stupefacenti No Si Specificare _____

Per le ragazze/donne in età fertile:

Cicli mestruali No Si Regolari No Si

Età prima mestruazione _____ Data ultima mestruazione _____

Soffri di disturbi del ciclo (mestruazioni frequenti, dolorose o con perdite abbondanti) No Si

Assumi anticoncezionali No Si

DICHIARAZIONE e CONSENSO INFORMATO AL TEST DA SFORZO
(In assenza di tale dichiarazione e consenso, l'atleta non può essere ammesso alla visita.)

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara, sotto la propria responsabilità personale e pena la revoca del certificato di idoneità, che le notizie fornite nel questionario sono complete e veritiere, ed in particolare che l'atleta/figlio non ha accertamenti in sospeso o è stato dichiarato "non idoneo alla pratica sportiva agonistica" presso altre strutture pubbliche o private (sanzioni penali art.76 DPR n 445/2000 dichiarazioni mendaci).

Il/la sottoscritto/a chiede inoltre che l'atleta/figlio venga sottoposto a visita di idoneità, secondo quanto previsto dal D.M. 18/02/82, e dichiara di Accettare Non Accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza gli atti medici proposti, gli accertamenti e le indagini non invasive che si riterranno necessarie.

Il Test da sforzo prevede il monitoraggio continuo dell'elettrocardiogramma durante l'esecuzione di un esercizio fisico, eseguito con lo "Step test", il cicloergometro o il tapis roulant, ed è caratterizzato da un graduale incremento dello sforzo fino al raggiungimento di una determinata frequenza cardiaca o sino alla raggiungimento del massimo carico sostenuto dall'atleta o fino a quando il medico riterrà opportuno interrompere la prova. Prima dell'esecuzione del test, il medico ha accertato che non sussistano condizioni per cui la prova debba essere annullata o rinviata.

Si informa che:

- o durante l'esecuzione del test possono insorgere dei disturbi (dolore al petto, difficoltà respiratorie, palpitazioni, senso di mancamento)
- o la necessità di collaborare con il medico e avvertirlo tempestivamente non appena i sopracitati sintomi dovessero manifestarsi
- o l'indagine, pur se prescritta e condotta ad arte, può comportare dei rischi
- o esiste il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento

Le apparecchiature necessarie e il personale, adeguatamente preparato per fronteggiare eventuali emergenze/urgenze, sono prontamente disponibili nel reparto.

Informativa privacy (UE 679/2016): l'acquisizione dei dati richiesti è necessaria, e pertanto obbligatoria, per consentire la visita di idoneità. All'utente competono i diritti di accesso ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione o il blocco. Titolare del trattamento è l'ULSS 6 Euganea. Letto e compreso tutto quanto sopra è riportato

_____ Data

_____ Firma dell'atleta se maggiorenne o del genitore

_____ Firma del medico

DELEGA PER VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT in assenza del genitore

Il/la sottoscritto/a _____ avente responsabilità genitoriale sull'atleta minorenni

Nome e cognome _____ nato/a il _____

DELEGA

il Sig./Sig.ra _____ esclusivamente ad accompagnare con piena responsabilità il già citato minore alla sola visita medico sportiva e in caso di comunicazioni di carattere sanitario riguardo l'atleta, sarò reperibile al seguente numero telefonico _____

_____ Data

_____ Firma del genitore

_____ Firma del delegato