

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**MALATTIE RIGUARDANTI LA FAMIGLIA**

Indicare a fianco delle caselle i familiari (genitori, nonni, fratelli e sorelle) che sono stati o sono affetti dalle seguenti malattie:

Malattie cardiache	<input type="checkbox"/>	Asma/allergie	<input type="checkbox"/>
Ipertensione	<input type="checkbox"/>	Morti improvvise	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Tumori	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Tipo di sport	dall'età	all'età	Durata allenamento	N. allenamenti settimanali	N. competizioni settimanali

Professione	Esposizione rischi	da anni	
<b>Fumo</b>		Ex fumatore	No Si
Sigarette al giorno	Da anni		Età inizio
<b>Alcool</b>			No Si
Quantità giorno/settimana	Da anni		Età inizio
<b>Stupefacenti</b>			No Si
Modalità	Da anni		Età inizio

Antitetanica vaccino	<input type="checkbox"/>	Ultime mestruazioni	_____	Servizio militare	<input type="checkbox"/>
Usa occhiali o lenti corneali	<input type="checkbox"/>	Miopia	<input type="checkbox"/>	Astigmatismo	<input type="checkbox"/>
		Ipermetropia	<input type="checkbox"/>	Strabismo	<input type="checkbox"/>

**MALATTIE RIGUARDANTI L' ATLETA (MALATTIE SOFFERTE ANCHE NELL'INFANZIA)**

Morbillo	<input type="checkbox"/>	Pleurite	<input type="checkbox"/>	Svenimento/vertigini	<input type="checkbox"/>
Varicella	<input type="checkbox"/>	Febbre reumatica	<input type="checkbox"/>	Epilessia	<input type="checkbox"/>
Rosolia	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Diabete	<input type="checkbox"/>
Parotite (orecchioni)	<input type="checkbox"/>	Malattie del cuore	<input type="checkbox"/>	Enuresi (pipi a letto)	<input type="checkbox"/>
Pertosse	<input type="checkbox"/>	Malattie dei reni	<input type="checkbox"/>	Trauma cranico	<input type="checkbox"/>
Scarlattina	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	Fratture	<input type="checkbox"/>
Lussazione anca	<input type="checkbox"/>	Palpitazioni	<input type="checkbox"/>	Traumi sportivi (distorsioni, strappi, contusioni, ecc..)	<input type="checkbox"/>
Scoliosi	<input type="checkbox"/>	Disturbi mestruali	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>
Epatite virale	<input type="checkbox"/>	Malattie intestino	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Otite	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sinusite	<input type="checkbox"/>	Eczeema (malattie della pelle)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Polmonite	<input type="checkbox"/>	Allergia	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**RICOVERI PER INTERVENTI DI:**

<input type="checkbox"/> Tonsille	<input type="checkbox"/> Adenoidi	<input type="checkbox"/> Ernia	<input type="checkbox"/> Appendicite	<input type="checkbox"/> Altro
Anni _____	Anni _____	Anni _____	Anni _____	Anni _____

Notizie particolari (tipo, decorso, cure, esiti) sulle materie sopra indicate

E' guarito completamente Disturbi rimasti \_\_\_\_\_

Ha un qualsiasi membro della famiglia o parente morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato, sindrome della morte improvvisa infantile)?	NO	SI	
Ha un qualsiasi membro della famiglia o parente con	Inspiegabili svenimenti, crisi convulsive, incidenti d'auto inspiegabili, pre-annegamento	NO	SI
	Qualche problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)	NO	SI
	Cardiopatía ipertrofica, cardiomiopatia, dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica <55 anni se maschi, < se femmine?	NO	SI
	Diabete, tumori, ipertensione arteriosa (pressione alta), asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, malattie del sangue?	NO	SI

Hai mai avuto perdita dei sensi (svenimento-sincope) o quasi perdita dei sensi (quasi svenimento-sincope)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto malessere, dolore al torace, pressione o costrizione toracica?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto capogiri, vertigini?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto fiato corto (affanno) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto problemi respiratori (difficoltà di respiro, costrizione toracica, fischi, tosse)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardio-palmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari, extrasistole)?	Durante esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Dopo esercizio-sforzo fisico	NO	SI
	Non correlato all' esercizio-sforzo fisico	NO	SI
Un medico ti ha mai detto che ha asma, crisi convulsive, epilessia, problemi di salute che impediscono lo sport, diabete, obesità, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie?	NO	SI	
Un medico ti ha mai ordinato un test per il cuore, per esempio ECG, Holter o ECO?	NO	SI	
Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto)?	NO	SI	
Hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?	NO	SI	
Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) su prescrizione medica o da banco (senza ricetta)	NO	SI	
Negli ultimi due anni hai preso farmaci in maniera costante?			

Firma (se minore firma dei genitori) \_\_\_\_\_