

**SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER I PRATICANTI GLI
SPORT DI CUI ALLA TABELLA "B"**

Cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

**ANAMNESI FAMILIARE: RIFERITA ALLA STORIA FAMILIARE (FRATELLI,
GENITORI, NONNI)**

Hai qualche familiare **deceduto per problemi cardiaci** o che abbia avuto una morte improvvisa, inaspettata o inspiegabile **prima dell'età di 50 anni**, compreso infarto del miocardio prematuro, sindrome della morte improvvisa infantile, annegamento o incidente d'auto inspiegato?

 Sì No se sì, quale

Hai membri della famiglia con:

- inspiegabili svenimenti crisi convulsive pre-annegamento problema cardiaco
- pacemaker o defibrillatori impiantati trapianto cardiaco chirurgia cardiaca o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie) cardiomiopatia 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, <65 se femmine diabete
- tumori ipertensione arteriosa asma e malattie allergiche malattie respiratorie
- malattie neurologiche malattie del sangue

ANAMNESI PERSONALE : RIFERITA AL PAZIENTE

Per le donne: età menarca (primo ciclo) _____ data ultima mestruazione _____

Per gli uomini: abile al servizio di leva (sì) (no)

Fumi (sì) (no) se sì, quante al giorno _____ Bevi alcolici (sì) (no) se sì, quanti mediamente al gg./sett. _____

Stai facendo attualmente, o hai finito da poco, una cura con dei farmaci (sì) (no) se sì, quali e

perché: _____

Soffri attualmente o ti sono state diagnosticate in passato malattie come:

diabete (sì) (no) ipertensione arteriosa (sì) (no) malattie cardiache (sì) (no)
epilessia o malattie neurologiche (sì) (no) altro: _____

Interventi chirurgici subiti: _____

Infortuni rilevanti o fratture, se sì quali: _____

Quali sport pratici: _____ Da quanto: _____

Quando pratici sport accusi: disturbi improvvisi dolori toracici svenimenti

(sì) (mai) (raramente)

Dichiarazione

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente

Firma del dichiarante (o del tutore se minore) _____