

**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) \_\_\_\_\_