

BITRITTO

Largo IV Novembre, 4

Autorizzazione per l'esercizio

S.U.A.P n. 0012198 del 25.02.2015

BARLETTA

Via 3 Novembre, 12-14

Autorizzazione per l'esercizio

S.U.A.P n. 21273 del 16.03.2018

DIRETTORE SCIENTIFICO: Dott. Francesco GIARDINELLI

**SCHEDA ANAMNESTICA PER LA VISITA DI IDONEITÀ SPORTIVA***a cura dell'atleta (o del genitore/tutore se atleta minorenni)*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Genitore/tutore (se minorenne): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FAMILIARE**

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente deceduto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa inaspettata o inspiegabile prima dell'età di 50 anni (compreso infarto miocardico prematuro, annegamento, incidente d'auto inspiegato o morte improvvisa infantile)?  NO  SI

(se si specificare) \_\_\_\_\_

Hai un qualsiasi membro della famiglia o parente con:

- cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, sindrome di Marfan, cardiomiopatia aritmogena, sindrome del QT lungo, sindrome del QT corto, sindrome di Brugada, tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica, cardiopatia ischemica?  NO  SI

(se SI specificare) \_\_\_\_\_

- inspiegabili svenimenti o crisi convulsive?  NO  SI

(se SI specificare) \_\_\_\_\_

- un problema cardiaco invalidante, pacemaker o defibrillatore impiantati, trapianto cardiaco, chirurgia cardiaca o trattato per battito cardiaco irregolare (aritmie)?  NO  SI

(se SI specificare) \_\_\_\_\_

- ipertensione arteriosa (pressione alta), diabete, asma e malattie allergiche, malattie respiratorie, malattie neurologiche, malattie del sangue, tumori?  NO  SI

(se SI specificare) \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PERSONALE**

(N.B. specificare quando è accaduto: durante/dopo esercizio fisico, o se non correlato allo sforzo)

Hai mai avuto dolore al petto, con senso di oppressione o costrizione toracica?  NO  SI

(se SI specificare) \_\_\_\_\_

Hai mai avuto perdita dei sensi (sincope) o pre-sincope (lipotimia)?  NO  SI

(se SI specificare) \_\_\_\_\_

**Hai mai avuto capogiri o vertigini?**  NO  SI  
(se SI specificare) \_\_\_\_\_

**Hai mai avuto fiato corto (affanno o difficoltà di respiro) o fatica eccessiva, più di quello che ti aspettavi o superiore ai tuoi compagni?**  NO  SI  
(se SI specificare) \_\_\_\_\_

**Hai mai avuto un battito cardiaco troppo accelerato (palpitazioni, cardiopalmo) o che salti qualche battito (battiti irregolari, extrasistoli)**  NO  SI  
(se SI specificare) \_\_\_\_\_

**Un medico ti ha mai detto che hai un qualsiasi problema cardiaco, una aritmia cardiaca, un soffio al cuore, pressione arteriosa alta, colesterolo alto, diabete, asma, una infezione al cuore recente (ad esempio miocardite, mononucleosi), una crisi convulsiva inspiegata, febbre reumatica, malattie respiratorie, malattie ortopediche, malattie neurologiche, malattie respiratorie o problemi di salute che impediscono lo sport?**  NO  SI  
(se SI specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Un medico ti ha mai prescritto un qualsiasi test per il cuore (es. ECG, Holter ECG o pressorio, ecocardiogramma o risonanza cardiaca)?**  NO  SI  
(se SI specificare) \_\_\_\_\_

**Hai qualche allergia (per esempio pollini, polvere, medicine, cibi, punture d'insetto); hai mai avuto arrossamenti, orticaria o eruzioni cutanee durante o dopo esercizio-sforzo fisico?**  NO  SI  
(se SI specificare) \_\_\_\_\_

**Attualmente stai facendo qualche cura, usando farmaci (qualsiasi tipo) sia su prescrizione medica che "da banco" (senza ricetta) o pillole o inalatori?**  NO  SI  
(se SI specificare) \_\_\_\_\_

**Sei un fumatore o ex fumatore?** (specificare quante sigarette al giorno; se sei ex fumatore specificare da quanti anni hai smesso di fumare)  NO  SI  
\_\_\_\_\_

**Sei portatore di occhiali e/o lenti a contatto?**  NO  SI  
(se SI specificare se miopia, astigmatismo, ipermetropia) \_\_\_\_\_

**Per quale sport stai richiedendo la visita?** \_\_\_\_\_  
Da quanti anni lo pratichi? \_\_\_\_\_ Per quante ore alla settimana? \_\_\_\_\_

**N.B. L'atleta, o genitore/amministratore di sostegno/tutore legale (se minorenni), può richiedere al medico competente qualsivoglia chiarimento al momento della visita.**

**Luogo e data**

**FIRMA DELL'ATLETA o GENITORE/TUTORE (se atleta minorenni)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_