

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE PER L'IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Attività sportiva \_\_\_\_\_ Società \_\_\_\_\_

Ha mai sofferto di disturbi cardiaci e altre patologie? **SI** **NO**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

È mai stato sottoposto ad interventi chirurgici? **SI** **NO**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Prova dolore al torace durante lo sforzo? **SI** **NO**

E' diabetico? **SI** **NO**

Fuma? **SI** **NO**

Ha avuto svenimenti durante lo sforzo? **SI** **NO**

Assume farmaci per il cuore o in generale? **SI** **NO**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Ha problemi muscolo scheletrici? **SI** **NO**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Soffre di allergie? **SI** **NO**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Porta gli occhiali? **SI** **NO**

### **Familiarità** per:

- Attacco cardiaco prima dei 60 anni? **SI** **NO**

- Altre malattie cardiache? **SI** **NO**

- Ictus? **SI** **NO**

- Ipertensione? **SI** **NO**

- Ipercolesterolemia? **SI** **NO**

- Diabete? **SI** **NO**

- Familiare morto per problemi cardiaci o che ha avuto una morte improvvisa o inaspettata prima dell'età di 50 anni **SI** **NO**

Io sottoscritto/a dichiaro di avere informato correttamente il medico delle mie condizioni psicofisiche, che quanto sopra corrisponde al vero e di non avere omesso nulla circa malattie o menomazioni pregresse o in atto; dichiaro inoltre di non avere ricevuto in altra sede giudizio di **"NON IDONEITA"** alla pratica sportiva. Mi impegno a non far uso di sostanze riconosciute illegali e do atto di essere stato informato dei pericoli derivanti dal fumo di tabacco e dall'abuso di alcol.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'atleta se maggiorenne \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante se minorenni \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Medico \_\_\_\_\_

### **Sezione riservata al cardiologo** - Referto ECG:

Ritmo sinusale, ECG nei limiti della norma Dott. ....

.....  
.....

FIRMA DEL CARDIOLOGO Dott. ....